RÉSEAU QUÉBÉCOIS
POUR L'ENSEIGNEMENT
SUR L'ASTHME

Hôpital Laval
Institut universitaire
de cardiologie
et de pneumologie

Centre d'enseignement sur l'asthme

DÉBITS DE POINTE
ET AGENDA DES SYMPTÔMES

N.B. Indiquer le meilleur des 3 essais consécutifs : ___fois par jour + si symptômes + si éveillé la nuit.

● Avant bronchodilatateur (Airomir^MD, Bricanyl^MD, Ventolin^MD, etc.)
✕ 10 min. après bronchodilateur

Mois : ____________

Date :														
Heures :														

SIGNES ET SYMPTÔMES : 0 - absent 1 - minime 2 - léger 3 - modéré 4 - grave 5 - très grave

Symptômes d'asthme le jour :

Essoufflement														
Respiration sifflante														
Toux														
Crachats														
Oppresion														
Autres :________________ ______________________														
Intolérance à l'effort : _____														
Symptômes d'asthme la nuit :														

MÉDICAMENTS : (Indiquez le nombre de comprimés ou de bouffées prises, à chaque jour.)

Si facteurs déclenchants particuliers ou autres commentaires, l'indiquer sur le graphique ou au verso.