

# ASTHME : FICHE DE SUIVI

**N.B. : Commentaires à insérer au verso**

NOM : \_\_\_\_\_

D. Naissance : \_\_\_\_\_

# Dossier : \_\_\_\_\_

DATE				
Symptômes Diurnes				
Symptômes Nocturnes				
Activités physiques				
Exacerbations (dernière année)				
Absentéisme (j/dernière année)				
Prise $\beta_2$ « de secours »/sem (doses)				
VEMS (ou DEP) (% valeur optimale)				
Effets indésirables de la médication ?				
Prise adéquate inhalateur				
Environnement Adéquat ?				
Tabagisme ?				
Co-morbidité ?				
Évaluation complémentaire requis ?				
Rx « dépanneur »				
CSI				
BLDA				
Autre Rx				
Référé à éducateur				
Plan d'action	Remis Compris	-----	-----	-----
Autre Rx				
Visite de suivi cédulée				

Signature :

