

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____

Médecin traitant : _____

Modalités des séances d'éducation : individuelles collectives **Dates :** _____

TYPE D'ASTHME : intermittent – épisodique fréquent –persistant
Prodromes d'une crise : _____

	oui	non	TRAITEMENTS PRESCRITS	
Possède une chambre d'inhalation				
Utilise une chambre d'inhalation			Traitement de la crise :	
Possède un peak-flow				
Utilise un peak-flow			Traitement de fond :	
Chiffre habituel de DEP				
Chiffre d'alerte du DEP				

Facteurs déclenchants les crises : allergies- sport-infection-pollution-tabac-stress-autres
Allergies connues : _____

Environnement (sujet exposé à) : _____

Sports pratiqués : _____

Projet du patient : _____

OBJECTIFS DE SECURITE :	Date : _____	Date : _____	Date : _____
	Acquis -Non acquis	Acquis -Non acquis	Acquis -Non acquis
Citer le traitement de crise d'asthme			
Connaître ses effets sur les bronches			
Citer le traitement de fond			
Connaître ses effets sur les bronches			
Nombre de bouffées et horaires des prises			
Technique de prise des médicaments inhalés			
Technique d'utilisation du peak-flow			
Repérer les facteurs déclenchants prévenir les facteurs déclenchants			
Repérer les prodromes d'une crise C.A.T. de tt devant les prodromes			
Prévention du bronchospasme induit par l'exercice.			