



Asthma Symptom Action Plan (ASAP)

Name: _____ Birthdate: _____

Asthma Severity: Intermittent Mild Persistent Moderate Persistent Severe Persistent
 Student has had many or severe asthma attacks in the past year (at increased risk)

Asthma Triggers: Illness Exercise Dust Pollen Mold Pets Strong smells Emotions Cold air Other: _____

Daily controller medications given at home: YES NO _____

Exercise-induced symptoms: Pretreat with 2 puffs of Rescue Medication (see below) 15 minutes before exercise

1) Initial treatment of Asthma Symptoms*: Prescription

Rescue medication: Albuterol Levalbuterol Ipratropium bromide (Atrovent) Other: _____

2 puffs inhaled every 4 hours with spacer (if available) as needed for COUGH, WHEEZE, SHORTNESS OF BREATH

Good Response	Poor Response
No cough, wheeze, or difficulty breathing 	Still coughing, wheezing, or having difficulty breathing
May continue rescue medication every 4 hours as needed	Give 4 puffs of rescue medication immediately Contact school RN if not already present
<ul style="list-style-type: none"> • Return to class • Notify parent/guardian 	<h3 style="color: red;">3) REASSESS in 10 minutes</h3>

***Call 911 Immediately if student has these symptoms, then continue Plan**

- Lips or fingernails are blue
- Trouble walking or talking due to shortness of breath
- Child's skin is sucked in around neck or ribs

Good Response	Poor Response
<ul style="list-style-type: none"> • Return to class • Notify parent/guardian who should follow up in 1-3 days with health care provider 	<ul style="list-style-type: none"> • Contact parent/guardian who should pick up child and take to health care provider today • If severe distress and nonresponsive to treatments, or if parent/guardian unavailable, call 911.

2) Assess response to treatment in 10 minutes

**** Please alert the asthma provider if the child consistently has asthma symptoms or needs albuterol (apart from pre-exercise) more than twice per week or has a severe attack at school.**

<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Parent and child feel that the child may carry and self-administer the inhaler <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Asthma provider agrees that the child may carry and self-administer the inhaler <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO School nurse has assessed student's ability to responsibly administer and self-carry the inhaler	
MD/DO/NP/PA Printed Name and Contact Information: Fax: _____ Phone: _____ Secure Email: _____	MD/DO/NP/PA Signature: Date: _____
Parent/Guardian: I give written authorization for the medications listed in the Emergency Treatment Plan to be administered in school by the nurse or other trained school staff assigned by the site principal. I understand that designated school staff have my permission to communicate with the prescribing physician/health care provider on matters related to my child's asthma, this medication, and plan.	
Parent/guardian signature: _____	School Nurse Reviewed: _____

Plan de acción por síntomas de asma (ASAP)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Gravedad del asma: Intermitente Levemente persistente Moderadamente persistente Fuerte persistente

El estudiante ha tenido muchos ataques de asma o muy fuertes a lo largo del año pasado (con mayor riesgo)



Desencadenantes del asma: Enfermedad Ejercicio Polvo Polen Moho Mascotas Olores fuertes Emociones Aire frío

Se administran medicamentos controladores en casa todos los días: Sí NO Otro: _____

Síntomas inducidos por el ejercicio: Tratar previamente con 2 vaporizaciones del medicamento de rescate (ver a continuación) 15 minutos antes del ejercicio

1) Tratamiento inicial por síntomas de asma*: prescripción

Medicamento de rescate: Albuterol Levalbuterol Bromuro de ipratropio (Atrovent) Otro: _____ **2 vaporizaciones inhaladas cada 4 horas con el espaciador (si disponible) cuando lo necesite por TOS, SIBILANCIA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR**

Buena respuesta Sin tos, sibilancia o dificultad para respirar 	Mala respuesta Sigue teniendo tos, sibilancia o dificultad para respirar 
Puede continuar con el medicamento de rescate cada 4 horas cuando lo necesite	Dar 4 vaporizaciones del medicamento de rescate inmediatamente Contactar a la enfermera de la escuela, si no está presente
<ul style="list-style-type: none"> • Regresar a clase • Notificar al padre/tutor legal 	3) VOLVER A EVALUAR en 10 minutos
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>* Llamar al 911 inmediatamente si el estudiante tiene estos síntomas y entonces continuar con el plan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los labios o uñas de los dedos están azules • Dificultad para caminar o para hablar por tener dificultad para respirar • La piel del niño está como succionada alrededor del cuello o de las costillas </div>	Buena respuesta
	Mala respuesta
<ul style="list-style-type: none"> • Volver a clase • Notificar al padre/ tutor legal, quien deberá hacer un seguimiento en 1-3 días con el médico 	<ul style="list-style-type: none"> • Contactar al padre/tutor legal, para ir a recoger al niño y llevarlo al médico ese mismo día • Si tiene serias dificultades para respirar y no responde a los tratamientos, o si el padre/tutor legal no esta disponible, llamar al 911.

2) Evaluar la respuesta al tratamiento en 10 minutos

** Por favor, alerte al proveedor médico del asma si el niño tiene síntomas de asma o si necesita albuterol de manera consistente (aparte de antes del ejercicio) más de dos veces a la semana o si tiene un fuerte ataque en la escuela.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO El padre y el niño sienten que el niño debe llevar y autoadministrarse el inhalador <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO El proveedor médico del asma está de acuerdo con el niño lleve y se autoadministre el inhalador <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO La enfermera de la escuela ha evaluado la capacidad del estudiante para autoadministrarse y llevar con él el inhalador de manera responsable	
Nombre escrito e información de contacto del MD/DO/NP/PA:	Firma del MD/DO/NP/PA:
Fax: _____ Teléfono: _____ Email seguro: _____	Fecha: _____
Padre/tutor legal: doy mi autorización escrita para que los medicamentos citados en el Plan de Tratamiento de Emergencia los administre la enfermera en la escuela u otro miembro del personal escolar capacitado y aprobado por el director de la escuela. Entiendo que el personal designado de la escuela tiene mi permiso para comunicarse con el médico /proveedor médico sobre el asma de mi hijo, estos medicamentos y el plan de acción.	
Firma del padre/tutor legal:	Revisado por la enfermera de la escuela:
Fecha: _____	Fecha: _____

Registro OPCIONAL sobre el uso del medicamento de rescate

No lo tiene que completar si registra las dosis del medicamento en otro lugar

Fecha/Hora	Motivo	Respuesta
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala

Fecha/Hora	Motivo	Respuesta
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala

**** Por favor, alerte al proveedor del asma si el niño tiene síntomas de asma o necesita el albuterol de manera consistente (aparte de antes del ejercicio) más de dos veces a la semana o si tiene un ataque de asma fuerte en la escuela.**