



Nome:	Cognome:	Contatto di emergenza:
Ultimo controllo Specialistico:	Centro di riferimento:	

quando stai bene.



- non hai sintomi asmatici come: difficoltà respiratoria, respiro sibilante, tosse o senso di oppressione al torace durante la notte
- hai sintomi asmatici durante il giorno occasionalmente (<1 volta a settimana)
- hai bisogno di utilizzare la tua terapia all'occorrenza occasionalmente (<1 volta a settimana)
- puoi svolgere le tue normali attività senza avere sintomi di asma

Verde Green Vert 緑 الأخضر हरा 綠色 সবুজ зелёный Grün Hijau

La tua terapia di fondo è: _____

_____ puffs per _____ volte al giorno

☐ usa il distanziatore per il tuo inalatore

Altro: _____

porta sempre con te la tua terapia all'occorrenza.

La tua terapia all'occorrenza è: _____

_____ puffs, ripetibile _____

☐ usa il distanziatore per la tua terapia all'occorrenza



quando NON stai bene.



- hai sintomi asmatici come: difficoltà respiratoria, respiro sibilante, tosse o senso di oppressione al torace durante la notte (>1 volta a settimana)
- hai sintomi asmatici durante il giorno (>1 volta a settimana)
- hai bisogno di utilizzare la tua terapia all'occorrenza (> 1 volta a settimana)
- l'asma interferisce con le tue attività quotidiane

Giallo Yellow Jaune 黄 الأخضر पीला Amarillo 黄色 হলুদ жёлтый Gelb Kuning

Continua a prendere la tua terapia di fondo: _____

_____ al dosaggio di: _____ puffs
per _____ volte al giorno per _____ giorni

☐ usa il distanziatore per il tuo inalatore

Aggiungi il farmaco: _____ al dosaggio: _____

Altro: _____

Se non sei in terapia di fondo considera di avviare ora: _____

_____ al dosaggio di: _____ puffs
per _____ volte al giorno per _____ giorni

☐ Contatta il tuo medico o il centro di riferimento:

se hai asma acuto.



- hai difficoltà respiratoria, respiro sibilante, tosse o sensazione di oppressione al torace che non risponde alla terapia all'occorrenza
- hai bisogno di utilizzare la tua terapia all'occorrenza anche ogni 3 ore

Rosso Red Rouge 赤 الأحمر لال Rojo 红色 लाल красный Rot Merah

Assumi la tua terapia all'occorrenza _____

Ripetibile se scarso beneficio dopo 10-15 minuti
fino a _____ volte nella prima ora

Inizia lo steroide per bocca: Prednisone/Betametasone/ _____
al dosaggio: _____

Se stai meglio continua la terapia e contatta il tuo medico o il centro di riferimento per una visita nei prossimi giorni



**RED
FLAGS**

se nonostante le precedenti terapie

- i tuoi sintomi peggiorano rapidamente
- hai una grave mancanza di respiro e non riesci a parlare normalmente
- la tua terapia all'occorrenza ti dà poco o nessun sollievo

Chiama il 112 o vai in PS.

continua a prendere la tua terapia all'occorrenza con la frequenza necessaria.