Imprimer le formulaire

Fédération Française de Pneumologie

SOCIETE DE PNEUMOLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE

« Check list » asthme

Nom :

Prénom :

Diagnostic d'asthme :

Probable : symptômes (sibilants, toux, dyspnée) récidivants ou chroniques, variables dans le temps, provoqués par des irritants, allergènes… oui ○ non ○

Formel :

- VEMS/CV<0.7 réversible oui ○ non ○
- On peut s'aider du « peak-flow » : oui ○ non ○
  après beta-2 mimétique, gain de plus de 60L/min ou >20% de la valeur initiale ; ou variabilité de la valeur diurne de plus de 20% suggère le diagnostic d'asthme

Allergies connues oui ○ non ○

Lesquelles :

Facteurs aggravants

Tabagisme actif / passif	oui ○	non ○
Allergènes domicile	oui ○	non ○
Allergènes / irritants travail	oui ○	non ○
Intolérance à l'aspirine/AINS°	oui ○	non ○
Surpoids	oui ○	non ○
Allergie alimentaire°	oui ○	non ○
RGO	oui ○	non ○
Rhinite symptomatique	oui ○	non ○

° facteurs de risque de gravité (mort par asthme)/penser à l'adrénaline auto injectable en kit si A alimentaire

Traitements en cours

Vaccin anti-grippal annuel	oui ○	non ○
Vaccin anti-pneumococcique tous les 5 ans (pour les asthmes sévères)	oui ○	non ○
Bronchodilatateurs de secours	oui ○	non ○
Corticoïdes inhalés	oui ○	non ○
Bronchodilatateur longue durée°	oui ○	non ○
Antileucotriène	oui ○	non ○

° : jamais sans corticoïde inhalé

Déjà hospitalisé pour asthme ? oui ○ non ○

En réanimation/soins intensifs ? oui ○ non ○

Evaluer le contrôle : (contrôlé = pas plus de deux gènes respiratoires et/ou prise de bronchodilatateurs de secours par semaine, pas plus de deux gênes nocturnes par mois, pas d'hospitalisation dans l'année, VEMS ou DEP>80%)

Asthme contrôlé oui ○ non ○

(Pour le contrôle, on peut aussi s'aider du score ACT (valeur seuil >20))

Si non contrôlé :

Inhalateur bien utilisé	oui ○	non ○
Observance	oui ○	non ○
Revoir les facteurs aggravants	oui ○	non ○
Revoir le traitement de fond (Corticoïde inhalé +/- bêta2 longue durée)	oui ○	non ○