



**PLAN  
ACTION  
PERSONNALISE**

**PAP ASTHME**  
Enfant d'âge SCOLAIRE et ADULTE

NOM :  
PRENOM :  
DATE DE NAIS. :  
POIDS :  
DATE :

*Ce plan d'action a été  
développé par l'équipe du  
CHU de Strasbourg*

**Si un traitement de fond est en place : NE JAMAIS L'INTERROMPRE**

**En cas de crise d'ASTHME SEVERE**

= gêne respiratoire importante, inhabituelle  
= impossibilité de parler, de s'alimenter,  
de rester en position allongée  
= sueurs



Appeler **SAMU (15)**

+

... **bouffées de BD\***  
(1 bouffée / 2kg, max 10 bouffées par prise)

+

Donner **TOUT DE SUITE** un corticoïde.....  
(Solupred 1-2mg/kg)



Poursuivre par ... **bouffées de BD\***  
A renouveler toutes les 10 min.  
(1 bouffée / 2kg, sans dépasser 10 bouffées par prise)



Suivre avis du SAMU ou du médecin.

**En cas de crise d'ASTHME MODEREE** (toux, sifflement, gêne respiratoire, douleur ou pression au milieu de la poitrine)

**2 bouffées de  
Bronchodilatateur (BD\*)**  
=

Si pas d'amélioration  
après 10 min



**2 bouffées de  
BD\***

Si crise disparaît  
après 10 min



**2 bouffées de  
BD\***  
4 fois par jour  
pendant 5 jours

Si pas d'amélioration  
après 10 min



Donner un **corticoïde**.....  
(Solupred 1-2 mg/kg)

**ET**

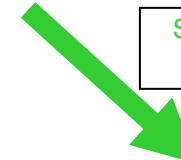
Poursuivre ... **bouffées de BD\***  
A renouveler toutes les 10 min si besoin  
(1 bouffée / 2kg, sans dépasser 10 bouffées par prise)

Si aggravation ou pas  
d'amélioration après 1h



Appeler le **SAMU (15)**

Si crise disparaît  
après 1h



- Poursuite du **corticoïde**.....  
1 fois par jour le matin pour un total de 3 jours
- **BD\* 2 bouffées**  
4 fois par jour pendant 5 jours
- **Prévenir le médecin dans la journée**