

JOURNAL DU PATIENT ASTHMATIQUE

Nom: Date:
Numéro d'urgence: Lien de parenté:
Cellulaire: Téléphone Bureau:
Médecin Traitant: Téléphone:
Meilleur Débit Expiratoire de Pointe Personnel:

MOIS:

SYMPTÔMES		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Toux Diurne (journée)																																
Toux Nocturne																																
Respiration sifflante /oppression thoracique																																
Usage de médicaments de crise																																
Clinique/hôpital visité pour nébulisation																																
Traitement de fond	Jour																															
	Nuit																															
Autre traitement	Jour																															
	Nuit																															

MOIS:

SYMPTÔMES		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Toux Diurne (journée)																																
Toux Nocturne																																
Respiration sifflante /oppression thoracique																																
Usage de médicaments de crise																																
Clinique/hôpital visité pour nébulisation																																
Traitement de fond	Jour																															
	Nuit																															
Autre traitement	Jour																															
	Nuit																															

MOIS:

SYMPTÔMES		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Toux Diurne (journée)																																
Toux Nocturne																																
Respiration sifflante /oppression thoracique																																
Usage de médicaments de crise																																
Clinique/hôpital visité pour nébulisation																																
Traitement de fond	Jour																															
	Nuit																															
Autre traitement	Jour																															
	Nuit																															

MOIS:

SYMPTÔMES		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Toux Diurne (journée)																																
Toux Nocturne																																
Respiration sifflante /oppression thoracique																																
Usage de médicaments de crise																																
Clinique/hôpital visité pour nébulisation																																
Traitement de fond	Jour																															
	Nuit																															
Autre traitement	Jour																															
	Nuit																															

MOIS:

SYMPTÔMES		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Toux Diurne (journée)																																
Toux Nocturne																																
Respiration sifflante /oppression thoracique																																
Usage de médicaments de crise																																
Clinique/hôpital visité pour nébulisation																																
Traitement de fond	Jour																															
	Nuit																															
Autre traitement	Jour																															
	Nuit																															