

# Besser leben mit Asthma

## Mein Asthma-Tagebuch mit Aktionsplan

Dieses Tagebuch gehört:

---

Ausgestellt von:

Datum: \_\_\_\_\_





## Liebe Patientin, lieber Patient

Dieses Asthma-Tagebuch soll Ihnen helfen, besser mit Ihrem Asthma zu leben und nach erfolgter Instruktion durch Ihren Arzt die Therapie eigenverantwortlich optimal zu gestalten und rechtzeitig richtig zu handeln.

Bitte tragen Sie Ihre Peak-Flow-Werte und Beschwerden ein. Ihre Ärztin/Ihr Arzt freut sich, wenn Sie das Tagebuch zu jeder Konsultation mitbringen. Dieses Heft enthält Peak-Flow-Protokolle für drei Monate. Auf der Klappseite finden Sie die Aktionspläne, in die Sie Ihre Peak-Flow-Werte eintragen können. Ihren Peak-Flow-Wert und Ihre Symptome können Sie einer Ampelphase zuordnen und die erforderliche Therapie ablesen. Viel Erfolg!

## Special Interest Group (SIG) Obstructive Lung Diseases & Allergy Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie

### Erarbeitung des Tagebuchs

- Prof. Dr. med. Claudia Steurer-Stey, Fachärztin für Pneumologie und Innere Medizin, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich und mediX Gruppenpraxis, Zürich
- Prof. Dr. med. Jörg Leuppi, Facharzt Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, Universitätsklinik Kantonsspital Baselland
- Dr. med. Thomas Rothe, Facharzt Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, Kantonsspital Graubünden

Haben Sie noch Fragen? Bitte zögern Sie nicht, Ihren Arzt oder die kantonale Lungenliga in Ihrer Nähe zu kontaktieren: [www.lungenliga.ch/kantone](http://www.lungenliga.ch/kantone)

Weitere Informationen: [www.lungenliga.ch/asthma](http://www.lungenliga.ch/asthma)

# Ihr Aktionsplan

## Immer sicher unterwegs trotz Asthma!

Mal ist Asthma weniger gut und mal besser kontrolliert, d. h. Sie haben nicht immer gleich starke Symptome und Beschwerden. Entsprechend können und sollten die Asthma-therapie sowie die Dosis der Medikamente angepasst werden.



### Dabei soll Ihnen der Aktionsplan helfen

Anhand Ihrer Asthmasymptome oder anhand von Messwerten, die Sie selber objektiv erheben können z. B. der Peak-Flow (PEF) oder die Erstsekundenkapazität (FEV1), kann es nötig bzw. möglich sein, dass Sie die Therapie ausbauen oder reduzieren sollten.

Das Ziel dieser Anpassungen besteht darin, dass Ihr Asthma unter Kontrolle ist (siehe Asthmakontrolle auf Seite 8), Sie normale Aktivitäten im Alltag ohne Asthmasymptome meistern können, eventuelle Messwerte nur wenig unterhalb Ihres individuellen Bestwerts liegen und so schwere Asthmaattacken vermieden werden. Ihren persönlichen Bestwert sollten Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt bzw. einer Fachperson bestimmen.

Je nach Asthma und Behandlungsform gibt es 2 Arten von Asthma-Aktionsplänen. Beide orientieren sich an der **Verkehrsampele**.

- **Grün** steht für *Weiterfahren*.
- **Gelb/Orange** steht für *Vorsicht*, d. h. ein Erkennen, warum es schlechter geht, sowie die *Intensivierung der Medikation* sind notwendig.
- **Rot** bedeutet *Stopp*: Eine relevante Verschlechterung ist eingetreten, die man nicht aussitzen darf. Sofortiges richtiges Handeln mit weiterem Therapieausbau und ärztliche Hilfe sind notwendig.

Ihr Pneumologe oder Hausarzt wird mit Ihnen besprechen, für welchen Plan Sie sich eignen und in diesen auch die genauen Medikamentendosen eintragen.

### 4-Stufen-Aktionsplan

Dieser Plan ist für Betroffene erstellt worden, die eine regelmässige Basistherapie zur Inhalation verordnet bekommen haben. Sie sollten zusätzlich im Besitz eines inhalativen Notfallmedikaments und von Kortisontabletten sein. Es gilt generell, dass die Inhalation von **3 und mehr Hüben** des Notfallmedikaments *pro Woche* bereits ein Hinweis darauf ist, dass das Asthma nicht ausreichend kontrolliert ist und die inhalative Therapie angepasst sowie mit einer entzündungshemmenden Basistherapie ausgebaut und gesteigert werden muss.

Im Falle von schweren Asthmasymptomen hilft die zusätzliche Einnahme von Kortisontabletten, Notfallsituationen zu verhindern bzw. richtig zu managen.

### BB (Bei-Bedarf)-Aktionsplan

Bei diesem Plan wird nur ein Medikament zur Inhalation verordnet, das sowohl bei Bedarf als auch in festgelegter regelmässiger Dosis eingesetzt werden kann. Dafür stehen in der Schweiz 2 Medikamente zur Verfügung: **Symbicort®** und **Foster®**. Bei beiden handelt es sich um die Kombination einer schnell wirksamen bronchialkrampflösenden Substanz (**6 µg** pro Einzeldosis) und eines entzündungshemmenden Kortison-Präparats zur Inhalation.

Insgesamt dürfen nicht mehr als 12 Hübe dieses Medikaments täglich eingenommen werden. Sonst ist bereits die Stufe Rot erreicht und die sofortige Einnahme von Kortisontabletten und/oder die schnelle Kontaktaufnahme mit dem Arzt sind/ist notwendig.

# Personalien

Name

Strasse/Nr.

Ort

Angehörige

Hausarzt (Stempel)

Bekannte Allergien

Unverträglichkeit

Aspirin

Penicillin

Andere

Medikamente wegen  
anderen Erkrankungen

**Persönlicher Peak-Flow-Bestwert**

L/min

Datum

## Beurteilung der Asthmakontrolle

Asthma darf Ihre Lebensqualität nicht einschränken. Asthmaprobleme können mit einer individuell optimierten Therapie gut vorgebeugt werden. Nehmen Sie sich etwa 5 Minuten Zeit und beantworten Sie 5 Fragen zu Ihrer Asthmakontrolle.

Der nachfolgende Asthma-Kontrolltest hilft Ihnen bei der objektiven Einschätzung Ihrer aktuellen Asthmakontrolle. Diese Einschätzung wird es Ihrem Arzt oder Ihrer Lungenliga-Beratungsperson ermöglichen, die Therapie Ihres Asthmas zugunsten Ihrer Lebensqualität optimal zu gestalten!

Asthma wird oft durch zusätzliche allergische Symptome begleitet oder hat einen allergischen Auslöser. Dies kann zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität führen.

Die wissenschaftlichen Grundlagen zu diesem Fragebogen, der auf den weltweit anerkannten GINA-Richtlinien (GINA = Internationale Asthma-Organisation) basiert, finden Sie in englischer Sprache auf [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org)

## Asthma-Kontrolltest

Kreuzen Sie die auf Sie zutreffenden Antworten an und zählen Sie anschliessend die Punkte zusammen.

1. **Hatten Sie in den letzten 4 Wochen untertags mehr als 2x/Woche Asthmasymptome?**  Ja 1  Nein 0

2. **Sind Sie in den letzten 4 Wochen nachts aufgrund Ihres Asthmas erwacht?**  Ja 1  Nein 0

3. **Hatten Sie in den letzten 4 Wochen mehr als 2x/Woche Bedarf an Ihren Notfallmedikamenten (bronchien-erweiternde Medikamente)?**  Ja 1  Nein 0

4. **Waren Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund Ihres Asthmas in Ihren Aktivitäten (z. B. Beruf, Schule, Sport oder Treppensteigen) eingeschränkt?**  Ja 1  Nein 0

5. **Zusatzfrage: Haben Sie zusätzlich zu Ihrem Asthma Allergien oder andere atopisch bedingte Krankheiten?**  Nein 0  Ja 0

Wenn ja, welche?

- Pollenallergie 0
- Hausstaubmilbenallergie 0
- Tierallergie 0
- Schimmelpilzallergie 0
- Duftstoffallergie 0
- Nahrungsmittelallergie 0
- Atopisches Ekzem (Neurodermitis) 0
- Andere 0

**Punkte Total**

→ Der Test ist auch online verfügbar auf [www.lungenliga.ch/asthma-kontrolle](http://www.lungenliga.ch/asthma-kontrolle)

**Auswertung siehe nächste Seite**

# Auswertung Asthma-Kontrolltest



## 0 Punkte – gute Asthmakontrolle

Ihr Asthma ist gut kontrolliert. Wir empfehlen Ihnen, Ihre aktuelle Therapie so fortzuführen. Falls Sie trotzdem Beschwerden haben, die schwierig zuzuordnen sind, empfehlen wir Ihnen, sich mit dem behandelnden Arzt oder einer Fachperson abzusprechen.



## 1 bis 2 Punkte – teilweise kontrolliertes Asthma

Anhand Ihrer Antworten scheint Ihre Asthmakontrolle nicht optimal. Wir empfehlen Ihnen, sich beim nächsten Termin mit dem Arzt oder der Fachperson abzusprechen. Möglicherweise benötigen Sie eine Anpassung der medikamentösen Therapie. Ein für Sie von Ihrem Arzt oder einer Fachperson ausgefüllter Aktionsplan könnte Ihnen helfen, Ihre Therapie rechtzeitig und richtig anzupassen und so Notfallsituationen zu vermeiden.

Zusätzlich empfehlen wir Ihnen, Ihre Inhalationstechnik regelmässig von einer Fachperson überprüfen zu lassen. Häufig gibt es diesbezüglich noch Verbesserungsmöglichkeiten.



## 3 bis 4 Punkte – unkontrolliertes Asthma

Gemäss Ihrer Antworten scheint Ihr Asthma schlecht oder gar nicht kontrolliert zu sein. Wenden Sie sich an Ihren Arzt oder eine Fachperson, um Ihre Asthmakontrolle zu verbessern.

Nehmen Sie diesen Test mit zu Ihrem Arzt oder Ihrer betreuenden Fachperson. Ihre Antworten helfen Ihnen und Ihrem Arzt oder Ihrer Fachperson zusätzlich, sich ein umfassendes Bild von Ihrer Situation zu machen und die richtigen therapeutischen Massnahmen zu finden.

→ Für mehr Informationen wenden Sie sich an die kantonale Lungenliga in Ihrer Nähe ([www.lungenliga.ch/kantone](http://www.lungenliga.ch/kantone)) oder melden sie sich bei der aha!infoline: 031 359 90 50.



### Bitte beachten

Dieser Test ersetzt keinesfalls das Aufsuchen des Arztes. Das Ergebnis gilt nicht als Diagnose und gibt lediglich einen Hinweis. Wir empfehlen Ihnen, Ihre Symptome mit einem Arzt oder einer Fachperson abzuklären.



## Ihre Notizen

---



---



---



---



---



---



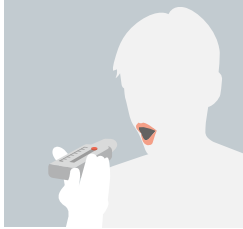
---



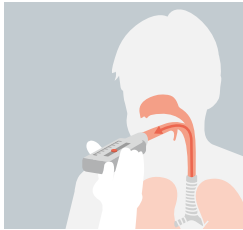
---

# Gebrauchsanweisung

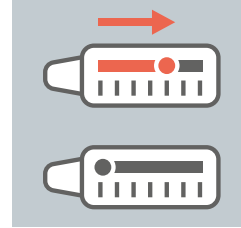
## Peak-Flow-Meter



Die Messung wird stehend oder sitzend, den Kopf aufrecht haltend, durchgeführt. Schlecht haftende Zahnprothesen sind vor der Messung zu entfernen. Stellen Sie den roten Zeiger des Peak-Flow-Meters vor jeder Messreihe auf Null. Halten Sie das Gerät wie links aufgezeichnet; die Seite mit dem beweglichen Zeiger soll während der Messung nicht angefasst werden. Atmen Sie jetzt ganz tief ein.



Dann umschliessen Sie das Mundstück vollständig mit Ihren Lippen. Blasen Sie so stark und so schnell (explosiv) wie Sie können durch das Mundstück hindurch in den Peak-Flow-Meter. Halten Sie die Zunge vom Mundstück fern.



Machen Sie den Test dreimal hintereinander, wenn nötig mit kleinen Pausen. Blasen Sie aber jedes Mal so stark und schnell Sie können. Übertragen Sie den besten der drei Werte in die Tabelle (siehe nachfolgende Seite). Vergessen Sie nicht, das Gerät jedes Mal wieder auf Null zu stellen.

Sollten Sie ein Mikrospirometer (FEV1-Messung) verwenden, beachten Sie die Bedienungsanleitung und lassen Sie sich von Ihrem Arzt oder Ihrer Fachperson instruieren.

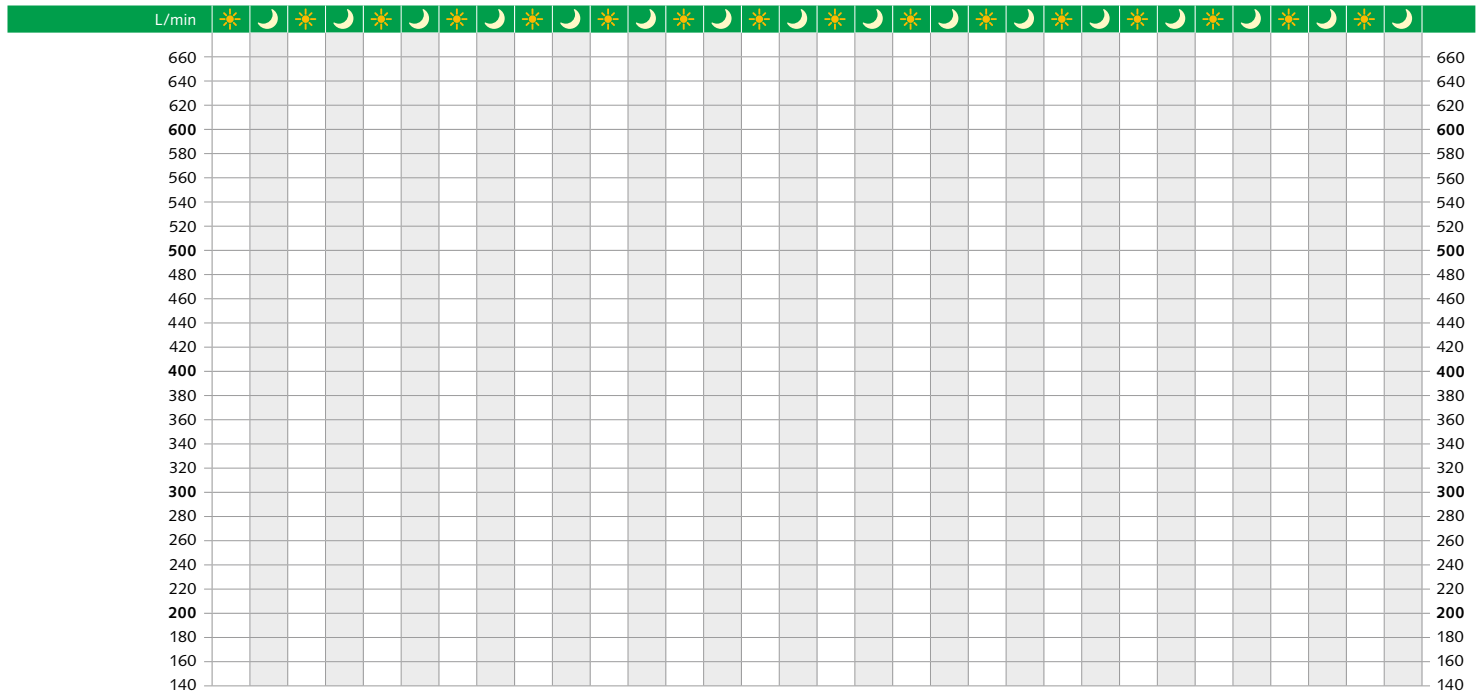
# Agenda Peak-Flow (L/min)

L/min	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	
660																											
640																											
620																											
600																											
580																											
560																											
540																											
520																											
500																											
480																											
460																											
440																											
420																											
400																											
380																											
360																											
340																											
320																											
300																											
280																											
260																											
240																											
220																											
200																											
180																											
160																											
140																											
Datum																											
Bedarfsmedikation																											
Husten*																											
Atemnot*																											
Auswurf*																											
Nächtliches Erwachen																											

\* keine=0 gering=1 mässig=2 stark=3 (Geben Sie mit 0 bis 3 an, wie stark Ihre Symptome sind.)



# Agenda Peak-Flow (L/min)



Datum																														
Bedarfsmedikation																														
Husten*																														
Atemnot*																														
Auswurf*																														
Nächtliches Erwachen																														

\* keine=0 gering=1 mässig=2 stark=3 (Geben Sie mit 0 bis 3 an, wie stark Ihre Symptome sind.)

# Journal

Datum	Ereignis	Medikation

# Asthma-Kontrolltest

Kreuzen Sie die auf Sie zutreffenden Antworten an und zählen Sie anschliessend die Punkte zusammen.

1. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen untertags mehr als 2×/Woche Asthmasymptome?	<input type="checkbox"/> Ja 1	<input type="checkbox"/> Nein 0
2. Sind Sie in den letzten 4 Wochen nachts aufgrund Ihres Asthmas erwacht?	<input type="checkbox"/> Ja 1	<input type="checkbox"/> Nein 0
3. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen mehr als 2×/Woche Bedarf an Ihren Notfallmedikamenten (bronchien-erweiternde Medikamente)?	<input type="checkbox"/> Ja 1	<input type="checkbox"/> Nein 0
4. Waren Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund Ihres Asthmas in Ihren Aktivitäten (z. B. Beruf, Schule, Sport oder Treppensteigen) eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> Ja 1	<input type="checkbox"/> Nein 0
5. Zusatzfrage: Haben Sie zusätzlich zu Ihrem Asthma Allergien oder andere atopisch bedingte Krankheiten?	<input type="checkbox"/> Nein 0	<input type="checkbox"/> Ja 0

Wenn ja, welche?

- Pollenallergie 0
- Hausstaubmilbenallergie 0
- Tierallergie 0
- Schimmelpilzallergie 0
- Duftstoffallergie 0
- Nahrungsmittelallergie 0
- Atopisches Ekzem (Neurodermitis) 0
- Andere 0

**Punkte Total**

---

→ Der Test ist auch online verfügbar auf [www.lungenliga.ch/asthma-kontrolle](http://www.lungenliga.ch/asthma-kontrolle)

**Auswertung siehe nächste Seite**



**0 Punkte – gute Asthmakontrolle**

Ihr Asthma ist kontrolliert. Behalten Sie die Behandlung unverändert bei.



**1 bis 2 Punkte – teilweise kontrolliertes Asthma**

Ihr Asthma ist teilweise kontrolliert. Passen Sie die Behandlung entsprechend dem Aktionsplan an.



**3 bis 4 Punkte – unkontrolliertes Asthma**

Ihr Asthma ist unkontrolliert. Passen Sie die Behandlung entsprechend dem Aktionsplan an und nehmen Sie Rücksprache mit Ihrem Arzt oder Ihrer betreuenden Fachperson.

Weiterführende Informationen finden Sie auf Seite 10.



## Ihre Notizen

---



---



---



---



---



---



---



---

# Agenda Peak-Flow (L/min)

L/min	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾			
660																													
640																													
620																													
600																													
580																													
560																													
540																													
520																													
500																													
480																													
460																													
440																													
420																													
400																													
380																													
360																													
340																													
320																													
300																													
280																													
260																													
240																													
220																													
200																													
180																													
160																													
140																													
Datum																													
Bedarfsmedikation																													
Husten*																													
Atemnot*																													
Auswurf*																													
Nächtliches Erwachen																													

\* keine=0 gering=1 mässig=2 stark=3 (Geben Sie mit 0 bis 3 an, wie stark Ihre Symptome sind.)

# Agenda Peak-Flow (L/min)

L/min	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾		
660																												
640																												
620																												
600																												
580																												
560																												
540																												
520																												
500																												
480																												
460																												
440																												
420																												
400																												
380																												
360																												
340																												
320																												
300																												
280																												
260																												
240																												
220																												
200																												
180																												
160																												
140																												
Datum																												
Bedarfsmedikation																												
Husten*																												
Atemnot*																												
Auswurf*																												
Nächtliches Erwachen																												

\* keine=0 gering=1 mässig=2 stark=3 (Geben Sie mit 0 bis 3 an, wie stark Ihre Symptome sind.)

# Journal

Datum	Ereignis	Medikation

# Asthma-Kontrolltest

Kreuzen Sie die auf Sie zutreffenden Antworten an und zählen Sie anschliessend die Punkte zusammen.

1. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen untertags mehr als 2×/Woche Asthmasymptome?	<input type="checkbox"/> Ja 1	<input type="checkbox"/> Nein 0
2. Sind Sie in den letzten 4 Wochen nachts aufgrund Ihres Asthmas erwacht?	<input type="checkbox"/> Ja 1	<input type="checkbox"/> Nein 0
3. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen mehr als 2×/Woche Bedarf an Ihren Notfallmedikamenten (bronchien-erweiternde Medikamente)?	<input type="checkbox"/> Ja 1	<input type="checkbox"/> Nein 0
4. Waren Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund Ihres Asthmas in Ihren Aktivitäten (z. B. Beruf, Schule, Sport oder Treppensteigen) eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> Ja 1	<input type="checkbox"/> Nein 0
5. Zusatzfrage: Haben Sie zusätzlich zu Ihrem Asthma Allergien oder andere atopisch bedingte Krankheiten?	<input type="checkbox"/> Nein 0	<input type="checkbox"/> Ja 0

Wenn ja, welche?

- Pollenallergie 0
- Hausstaubmilbenallergie 0
- Tierallergie 0
- Schimmelpilzallergie 0
- Duftstoffallergie 0
- Nahrungsmittelallergie 0
- Atopisches Ekzem (Neurodermitis) 0
- Andere 0

**Punkte Total**

---

→ Der Test ist auch online verfügbar auf [www.lungenliga.ch/asthma-kontrolle](http://www.lungenliga.ch/asthma-kontrolle)

**Auswertung siehe nächste Seite**



**0 Punkte – gute Asthmakontrolle**

Ihr Asthma ist kontrolliert. Behalten Sie die Behandlung unverändert bei.



**1 bis 2 Punkte – teilweise kontrolliertes Asthma**

Ihr Asthma ist teilweise kontrolliert. Passen Sie die Behandlung entsprechend dem Aktionsplan an.



**3 bis 4 Punkte – unkontrolliertes Asthma**

Ihr Asthma ist unkontrolliert. Passen Sie die Behandlung entsprechend dem Aktionsplan an und nehmen Sie Rücksprache mit Ihrem Arzt oder Ihrer betreuenden Fachperson.

Weiterführende Informationen finden Sie auf Seite 10.



## Ihre Notizen

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

# Agenda Peak-Flow (L/min)

L/min	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾		
660																												
640																												
620																												
600																												
580																												
560																												
540																												
520																												
500																												
480																												
460																												
440																												
420																												
400																												
380																												
360																												
340																												
320																												
300																												
280																												
260																												
240																												
220																												
200																												
180																												
160																												
140																												
Datum																												
Bedarfsmedikation																												
Husten*																												
Atemnot*																												
Auswurf*																												
Nächtliches Erwachen																												

\* keine=0 gering=1 mässig=2 stark=3 (Geben Sie mit 0 bis 3 an, wie stark Ihre Symptome sind.)



# Agenda Peak-Flow (L/min)

L/min	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾	
660																											
640																											
620																											
600																											
580																											
560																											
540																											
520																											
500																											
480																											
460																											
440																											
420																											
400																											
380																											
360																											
340																											
320																											
300																											
280																											
260																											
240																											
220																											
200																											
180																											
160																											
140																											
Datum																											
Bedarfsmedikation																											
Husten*																											
Atemnot*																											
Auswurf*																											
Nächtliches Erwachen																											

\* keine=0 gering=1 mässig=2 stark=3 (Geben Sie mit 0 bis 3 an, wie stark Ihre Symptome sind.)

# Journal

Datum	Ereignis	Medikation

# Asthma-Kontrolltest

Kreuzen Sie die auf Sie zutreffenden Antworten an und zählen Sie anschliessend die Punkte zusammen.

1. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen untertags mehr als 2×/Woche Asthmasymptome?  Ja 1  Nein 0

---

2. Sind Sie in den letzten 4 Wochen nachts aufgrund Ihres Asthmas erwacht?  Ja 1  Nein 0

---

3. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen mehr als 2×/Woche Bedarf an Ihren Notfallmedikamenten (bronchien-erweiternde Medikamente)?  Ja 1  Nein 0

---

4. Waren Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund Ihres Asthmas in Ihren Aktivitäten (z. B. Beruf, Schule, Sport oder Treppensteigen) eingeschränkt?  Ja 1  Nein 0

---

5. Zusatzfrage: Haben Sie zusätzlich zu Ihrem Asthma Allergien oder andere atopisch bedingte Krankheiten?  Nein 0  Ja 0

Wenn ja, welche?

- Pollenallergie 0
- Hausstaubmilbenallergie 0
- Tierallergie 0
- Schimmelpilzallergie 0
- Duftstoffallergie 0
- Nahrungsmittelallergie 0
- Atopisches Ekzem (Neurodermitis) 0
- Andere 0

**Punkte Total**

---

→ Der Test ist auch online verfügbar auf [www.lungenliga.ch/asthma-kontrolle](http://www.lungenliga.ch/asthma-kontrolle)

**Auswertung siehe nächste Seite**



**0 Punkte – gute Asthmakontrolle**

Ihr Asthma ist kontrolliert. Behalten Sie die Behandlung unverändert bei.



**1 bis 2 Punkte – teilweise kontrolliertes Asthma**

Ihr Asthma ist teilweise kontrolliert. Passen Sie die Behandlung entsprechend dem Aktionsplan an.



**3 bis 4 Punkte – unkontrolliertes Asthma**

Ihr Asthma ist unkontrolliert. Passen Sie die Behandlung entsprechend dem Aktionsplan an und nehmen Sie Rücksprache mit Ihrem Arzt oder Ihrer betreuenden Fachperson.

Weiterführende Informationen finden Sie auf Seite 10.



## Ihre Notizen

---



---



---



---



---



---



---



---

**Weitere Informationen:**

[www.lungenliga.ch](http://www.lungenliga.ch)  
[www.pneumo.ch](http://www.pneumo.ch)  
[www.pollenundallergie.ch](http://www.pollenundallergie.ch)

Überarbeitung des Asthma-Kontrolltests mit freundlicher Unterstützung von:

**SANOFI GENZYME** 

**AstraZeneca** 

Überarbeitung und Druck des Asthma-Tagebuchs mit freundlicher Unterstützung von:

**AstraZeneca** 

**mundi**  **pharma**

**OM**  
**PHARMA**  
A Vifor Pharma Group Company

**Verlag und Redaktion**

Lungenliga Schweiz  
 Chutzenstrasse 10  
 3007 Bern  
 Tel. 031 378 20 50  
 Fax 031 378 20 51  
 info@lung.ch  
 www.lungenliga.ch

**Autoren**

- Prof. Dr. med. Claudia Steurer-Stey, Fachärztin für Pneumologie und Innere Medizin, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich
- Prof. Dr. med. Jörg Leuppi, Facharzt Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, Universitätsklinik Kantonsspital Baselland
- Dr. med. Thomas Rothe, Facharzt Innere Medizin und Pneumologie, Kantonsspital Graubünden

**Konzept und Layout**

virus Ideenlabor AG, Biel

**Korrektorat**

Textraplus AG, Pfäffikon SZ

**Druck**

OK Digitaldruck AG, Zürich  
 Oktober 2019/1. Auflage

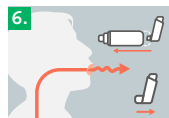
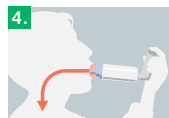
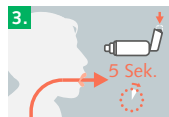
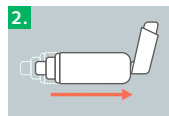
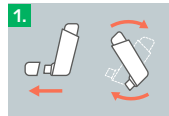
# 4-Stufen-Aktionsplan

## Verwendung einer Vorschaltkammer (Inhalationshilfe)

Wenn Sie ein Dosieraerosol (DA) verwenden, kann eine Vorschaltkammer helfen, die Dosis tief in Ihre Bronchien zu bringen.

Eine Vorschaltkammer erhalten Sie auf Nachfrage bei Ihrem Arzt. Sie hilft, die Wirksamkeit Ihrer Medikamente zu steigern.

1. Schutzkappe vom Mundstück des Dosieraerosols entfernen. Dosieraerosol kräftig schütteln.
2. Dosieraerosol mit dem Mundstück voran in die Öffnung der Vorschaltkammer stecken.
3. Durch Herunterdrücken des Behälters einen Hub auslösen, sodass sich die Vorschaltkammer mit dem Medikament füllt. Man hat nun rund 5 Sekunden Zeit, zu inhalieren. Vollständig ausatmen.
4. Mundstück der Vorschaltkammer mit den Lippen umschliessen. **Langsam** und tief einatmen. Lungen füllen, damit das Medikament in die Atemwege gelangt.
5. Vorschaltkammer absetzen und den Atem für mindestens 10 Sekunden anhalten, damit sich der Medikamentennebel in den Atemwegen absetzen kann.
6. Ruhig ausatmen. Dosieraerosol von der Vorschaltkammer abziehen. Schutzkappe wieder aufsetzen.



## Hinweis zur Reinigung der Vorschaltkammer

Die Vorschaltkammer zur Reinigung mit etwas Seifenwasser ausspülen und trocknen lassen. Wegen der elektrostatischen Aufladung **nicht** trockenreiben.

Füllen Sie den Aktionsplan gemeinsam mit Ihrem Arzt oder einer Fachperson aus, um Ihr Asthma unter Kontrolle zu halten. Der Plan zeigt auf, wie Sie Ihr Asthma langfristig in den Griff bekommen können und was zu tun ist, wenn es Ihnen gut oder schlecht geht oder Sie in eine Notlage kommen. Bitte wenden Sie sich bei Fragen zum Aktionsplan an Ihren Arzt oder eine zuständige Fachperson.



### Bitte beachten

- Halten Sie Ihren Aktionsplan stets auf dem neuesten Stand
- Stellen Sie sicher, dass Ihre Inhalatoren weder leer noch abgelaufen sind
- Nehmen Sie Ihre Medikamente wie verordnet ein
- Achten Sie darauf, dass Sie (falls verschrieben) immer Ihr Notfallmedikament zum Inhalieren dabei haben
- Lassen Sie Ihre Inhalationstechnik regelmässig von Ihrem Arzt oder einer Fachperson überprüfen

**Lassen Sie sich jedes Jahr im Herbst neu gegen Grippe impfen.**



Falls Sie den Aktionsplan lieber online verwenden, laden Sie die App Asthma Tracker herunter und informieren Sie sich über Asthma, erste Hilfe und den elektronischen Asthma-Aktionsplan! Verfügbar bei Google Play und im Apple App Store.

# 4-Stufen-Aktionsplan

Dieser Asthma-Aktionsplan gehört: \_\_\_\_\_

Gut kontrolliertes Asthma

**Ihr Asthma ist unter Kontrolle, wenn ...**

- Sie an den meisten Tagen keine Asthmasymptome haben (Keuchen, Engegefühl in der Brust, Husten oder Gefühl der Atemnot)
- Sie nachts weder husten noch keuchen
- Sie Ihren gewohnten Alltagsaktivitäten und sportlicher Betätigung ohne Einschränkungen nachgehen können
- Sie an den meisten Tagen kein zusätzliches Notfallmedikament benötigen

Ihr Peak-Flow-Wert liegt über  L/min

Wichtig:

**Beachten Sie Folgendes:**

Basismedikation	Dosis	morgens
	Dosis	abends
Notfallmedikation	Dosis bei Asthmasymptomen	

Wir empfehlen, eine Inhalationshilfe zu nutzen, falls dies mit Ihrer Basismedikation möglich ist. Tragen Sie Ihre Notfallmedikation stets bei sich!

Unzureichend kontrolliertes Asthma

**Achtung! Ihr Asthma ist unzureichend kontrolliert, wenn ...**

- Sie an den meisten Tagen Symptome haben (Keuchen, Engegefühl in der Brust, Husten oder Gefühl der Atemnot)
- Sie nachts mit Symptomen aufwachen
- Sie eine Erkältung haben
- Sie bei körperlicher Betätigung sofort ausser Atem sind

Ihr Peak-Flow-Wert liegt zwischen  L/min und  L/min

Sonstige Anweisungen:

**Geben Sie Gegensteuer**

- Intensivieren Sie Ihre Basismedikation
- Wenden Sie Ihr Notfallmedikament so oft wie nötig an – wenn es sich um ein Dosieraerosol handelt, dann am besten mit einer Vorschaltkammer

**Wichtig:**  
Tragen Sie Ihre Notfallmedikamente immer bei sich!

---

---

---

---

---

---

Unkontrolliertes Asthma

**Achtung! Ihr Asthma ist unkontrolliert, wenn ...**

- sich Ihre Symptome zunehmend verschlechtern (Keuchen, Engegefühl in der Brust, Husten oder Gefühl der Atemnot)
- Ihnen Ihr Notfallmedikament nur für 2–3 Stunden hilft oder Sie insgesamt mehr als 12 Hübe am Tag benötigen
- Sie das Bedürfnis haben, Ihren Arzt aufzusuchen. Ihre Asthmakontrolle können Sie mit dem Online-Asthma-Kontrolltest objektiv einschätzen lassen: [www.lungenliga.ch/asthma-kontrolle](http://www.lungenliga.ch/asthma-kontrolle)

Ihr Peak-Flow-Wert liegt unter  L/min

Wichtig:

**Ergreifen Sie Massnahmen**

- Mit der Notfallmedikation fortfahren
- Falls Sie noch nicht mit der Einnahme von Prednisolon begonnen haben, beginnen Sie jetzt damit:  
Prednisolon:

mg	über	Tage
und anschliessend		
mg	über	Tage

---

---

---

---

---

---

Notfall

**Achtung! Es handelt sich um einen Notfall, wenn ...**

- sich Ihre Symptome rapide verschlechtern
- es Ihnen schwerfällt, zu sprechen oder zu atmen
- wenn Ihr Notfallmedikament kaum noch hilft

Ihr Peak-Flow-Wert liegt unter  L/min

Wichtig:

**Bewahren Sie Ruhe**

- Rufen Sie einen Notarzt (144)
- Wenden Sie Ihr Notfallmedikament weiterhin so oft wie nötig an
- Suchen Sie auch dann umgehend einen Arzt auf, wenn Sie glauben, dass Besserung eintritt
- Wenn Sie bisher kein Prednisolon eingenommen haben, beginnen Sie jetzt damit (50 mg)

**Vom Arzt oder einer Fachperson auszufüllen:**

Ihr Peak-Flow-Bestwert: \_\_\_\_\_

Plan erstellt am: \_\_\_\_\_

Nächste Überprüfung: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_

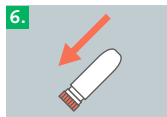
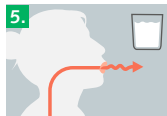
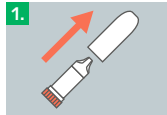
Tel. Arzt: \_\_\_\_\_

# BB (Bei-Bedarf)-Aktionsplan

## Verwendung des Symbicort® Turbuhalers (TH)

(Alternativ eignet sich für diesen Aktionsplan auch das Foster®-Dosieraerosol. Die richtige Anwendung finden Sie untenstehend)

1. Schutzkappe abschrauben.
2. Turbuhaler® aufrecht halten. Den oberen Teil des Behälters bis zum Anschlag und wieder zurück drehen – der Turbuhaler® ist nun geladen. Vollständig ausatmen.
3. Mundstück mit den Lippen umschliessen. Tief und kraftvoll einatmen.
4. Turbuhaler® absetzen und den Atem für mindestens 10 Sekunden anhalten, damit sich das Medikament in den Atemwegen absetzen kann.
5. Ruhig ausatmen. Bei kortisonhaltigen Medikamenten den Mund gründlich mit Wasser ausspülen.
6. Schutzkappe wieder aufsetzen.



## Pflege des Turbuhalers

1. Spülen Sie Ihren Turbuhaler nicht aus, da er nicht mehr richtig funktioniert, wenn er nass wird.
2. Wischen Sie das Mundstück lediglich mit einem trockenen Tuch oder Lappen ab.

Füllen Sie den Aktionsplan gemeinsam mit Ihrem Arzt oder einer Fachperson aus, um Ihr Asthma unter Kontrolle zu halten. Der Plan zeigt auf, wie Sie Ihr Asthma langfristig in den Griff bekommen können und was zu tun ist, wenn es Ihnen gut oder schlecht geht oder Sie in eine Notlage kommen.

Bitte wenden Sie sich bei Fragen zum Aktionsplan an Ihren Arzt oder Ihre Fachperson.



### Bitte beachten

- Halten Sie Ihren Aktionsplan stets auf dem neuesten Stand
- Stellen Sie sicher, dass Ihre Inhalatoren weder leer noch abgelaufen sind
- Nehmen Sie Ihre Medikamente wie verordnet ein
- Achten Sie darauf, dass Sie immer Ihren Symbicort-TH bzw. Ihr Foster-DA dabeihaben
- Lassen Sie Ihre Inhalationstechnik regelmässig von Ihrem Arzt oder einer Fachperson überprüfen

**Lassen Sie sich jedes Jahr im Herbst neu gegen Grippe impfen.**

# BB (Bei-Bedarf)-Aktionsplan

Dieser Asthma-Aktionsplan gehört: \_\_\_\_\_

Gut kontrolliertes Asthma

**Ihr Asthma ist unter Kontrolle, wenn ...**

- Sie an den meisten Tagen keine Asthmasymptome haben (Keuchen, Engegefühl in der Brust, Husten oder Gefühl der Atemnot)
- Sie nachts weder husten noch keuchen
- Sie Ihren gewohnten Alltagsaktivitäten und sportlicher Betätigung ohne Einschränkungen nachgehen können
- Sie an den meisten Tagen keine zusätzlichen Symbicort- oder Foster-Dosen benötigen

Ihr Peak-Flow-Wert liegt über  L/min

**Beachten Sie Folgendes:**

Symbicort/Foster	Dosis	morgens
	Dosis	abends
Symbicort/Foster	Dosis bei Asthmasymptomen	

**Wichtig:**

- Ihr Asthma ist gut kontrolliert, wenn Sie Symbicort oder Foster nur maximal 2 Mal pro Woche zusätzlich benötigen
- Symbicort bzw. Foster ist sowohl Dauer- als auch Bedarfsmedikation. Sie benötigen daher kein zusätzliches Notfallmedikament

Unkontrolliertes Asthma

**Achtung! Ihr Asthma ist unkontrolliert, wenn ...**

- sich Ihre Symptome zunehmend verschlechtern (Keuchen, Engegefühl in der Brust, Husten oder Gefühl der Atemnot)
- Ihnen die verordnete Symbicort-/Foster-Dosis nicht reicht und Sie es mehrfach zusätzlich einnehmen müssen

Sie sollten wissen, dass das Maximum bei einer täglichen Dosis von 12 Hüben à 200/6 µg liegt

Ihr Peak-Flow-Wert liegt unter  L/min

**Ergreifen Sie Massnahmen**

- Inhalieren Sie weiterhin wie gewohnt Symbicort/Foster PLUS bei Bedarf 1 zusätzliche Dosis Symbicort/Foster, um Ihre Symptome zu lindern
- Für maximal 2 Tage sind maximal 12 Hübe täglich erlaubt. Sollte es dann nicht besser gehen bzw. sogar schlechter werden, nehmen Sie sofort Prednisolon  mg über  Tage ein und informieren Sie Ihren Arzt

**Sonstige Anweisungen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Notfall

**Achtung! Es handelt sich um einen Notfall, wenn ...**

- sich Ihre Symptome rapide verschlechtern
- es Ihnen schwerfällt, zu sprechen oder zu atmen
- Symbicort/Foster kaum hilft

Ihr Peak-Flow-Wert liegt unter  L/min

**Bewahren Sie Ruhe**

- Rufen Sie einen Notarzt (144)
- Wenden Sie Symbicort/Foster weiterhin so oft wie nötig an
- Suchen Sie auch dann umgehend einen Arzt auf, wenn Sie glauben, dass Besserung eintritt
- Wenn Sie bisher kein Prednisolon eingenommen haben, beginnen Sie jetzt mit 50 mg

**Vom Arzt oder einer Fachperson auszufüllen:**

Ihr Peak-Flow-Bestwert: \_\_\_\_\_

Plan erstellt am: \_\_\_\_\_

Nächste Überprüfung: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_

Tel. Arzt: \_\_\_\_\_





**Lungenliga Schweiz**  
Chutzenstrasse 10  
3007 Bern  
Tel. 031 378 20 50  
Fax 031 378 20 51  
info@lung.ch  
www.lungenliga.ch

Spendenkonto PK 30-882-0