**Mijn persoonlijke actieplan COPD**

Datum:

Longverpleegkundige/ PVK/POH:

|  |  |
| --- | --- |
| **REDUX** | **Herken en actieplan longaanval** |
| **Hoe herkent u dat het slechter gaat?** | Het begint bij mij met:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………… |
| **Wat doet u dan?** | Ik neem dezelfde dag en de dag erna extra inhalatiemedicijnen, namelijk:………………………………………………………En/of:……………………………………………………………………………………………………………… |
| **Als dit helpt….** | Blijf ik dit doen, totdat ik me weer beter voel, in ieder geval gedurende …… dagen. |
| **Wat als dit niet helpt?** | Ik neem binnen…… dagen contact op met een hulpverlener,Tel:.............................................................Ik bespreek het met of zoek hulp bij:………………………………………………. |