

Asthma Note

COL

Last Visit	This Visit
Date mmddyy <input type="text"/>	<input type="text"/>
Visit type <input type="text"/>	<input type="text"/>
Weight (pds) <input type="text"/>	pds <input type="text"/>
Height (ins) <input type="text"/>	inches <input type="text"/>

LN <input type="text"/>	FN <input type="text"/>	DOB <input type="text"/>	Sex <input type="text" value="U"/>
Address <input type="text"/>		Phone <input type="text"/>	Age <input type="text"/>
Language <input type="text"/>		Ethn. <input type="text"/>	PCP <input type="text"/>
Other Allergic to: <input type="text"/>			

Conditions	Dx	D/C Add	Services	Previous Date	Prev. Result	Today			Outcomes	Previous Date	Previous	Today
						Init.	Reviewed	Updated				
Asthma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Action Plan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Symp days/2wk	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GERD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Self mgt goal1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nts woke up/2wk	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rhinitis/sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Self mgt goal2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hosp/3mos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Exp-smoking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ed-24h access	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Good Fair Poor	<input type="text"/>	ER visit/3mos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Exp-mold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ed-basics	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Good Fair Poor	<input type="text"/>	Acute visit/3mos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Exp-pets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ed-inhal/spalce	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Good Fair Poor	<input type="text"/>	Steroid burst	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Exp-roaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ed-meds	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Good Fair Poor	<input type="text"/>	FEV1%pred	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Exp-rodent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ed-self monitor	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Good Fair Poor	<input type="text"/>	FEV25-75%pred	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Ed-triggers	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Good Fair Poor	<input type="text"/>	Peak Flow	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Supl/Meds	Rx	D/C Add	Ed-other	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PEF%pred	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bed cover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergy test	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PEF best ever	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HEPA Filter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flu shot	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Severity level	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 3 4
Home nebulizer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Referral-PHN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Visits/past 12 mos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Peak Flow Meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Referral-2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Steroid Burst/12 mos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Spacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	School coord	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Meds auth Act plan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Well RAD Chk	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B2 agonist-short	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controller 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*For medications, please see reverse side. [] Registry form for data entry only [] File this form in progress notes after entry
Inh ster-low	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controller 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Inh ster-medium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rescue med	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Inh ster-high	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergy med	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Chr oral steroids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NOTE <input type="text"/>			
Leukotriene mod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEW NOTE Next Visit Date <input type="text"/> Provider <input type="text"/>			
B2 agonist-long	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			
Cromolyn/Nedoc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			

<h3 style="text-align: center;">Spirometry/Peak Flow</h3>	<h3 style="text-align: center;">Asthma Symptoms</h3>									
<h3 style="text-align: center;">Health Care Utilization</h3>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Medication</th> <th style="width: 25%;">start_date</th> <th style="width: 25%;">end_date</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Medication	start_date	end_date	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medication	start_date	end_date								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								