

SUIVI DE SANTÉ

Utilisez ce formulaire pour suivre votre état de santé entre vos rendez-vous

Nom de votre médecin : _____

Date du prochain rendez-vous: _____



CONSULTATIONS AVEC D'AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Les autres rendez-vous médicaux depuis votre dernière visite chez le médecin. Inscrivez tout ce qui a été discuté incluant de nouveaux diagnostics ou symptômes

Date: _____ Professionnel de la santé: _____

Détails:

Date: _____ Professionnel de la santé: _____

Détails:

MÉDICAMENTS

Liste des changements à votre médication (par ordonnance et sans ordonnance) incluant vitamines, crèmes ou lotions médicamenteuses :

 _____

 _____

 _____

EFFETS INDÉSIRABLES

Liste des effets indésirables que vous avez subis :

 _____

 _____

 _____

AUTRES QUESTIONS & PRÉOCCUPATIONS

Liste des autres questions et préoccupations à discuter avec votre médecin :

CHANGEMENTS DE SANTÉ GLOBALE

Liste des changements dans votre état de santé en général :

 Changements liés à la santé mentale: _____

 Changements liés à l'alimentation :: _____

 Changements liés aux habitudes d'activité physique: _____

 Changements liés aux niveaux de fatigue: _____

 Changements liés au sommeil: _____

 Changements au niveau familial ou de la vie sociale: _____

POUSSÉES DE LA MALADIE

Notez toutes les poussées ressenties depuis votre dernier rendez-vous. Si vous désirez écrire plus de détails, téléchargez notre formulaire mensuel de suivi de symptômes. Inscrivez la date et la sévérité de chaque poussée ci-dessous :

 Date(s): _____
Sévérité / détails: _____

Échelle de douleur:



 Date(s): _____
Sévérité / détails: _____

Échelle de douleur:

