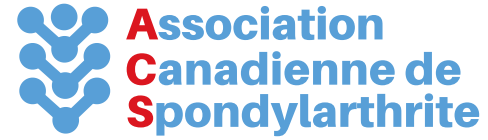


SUIVI DE SANTÉ

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

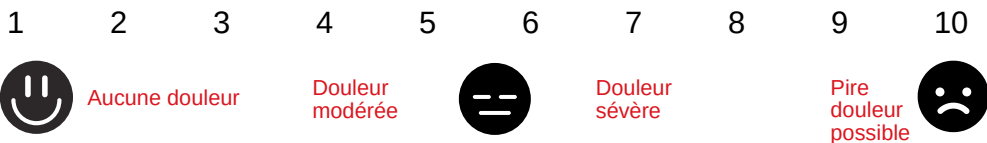
Notez toutes les poussées ressenties depuis votre dernier rendez-vous. Si vous désirez écrire plus de détails, téléchargez notre formulaire mensuel de suivi de symptômes. Inscrivez la date et la sévérité de chaque poussée ci-dessous :



Date(s): _____

Sévérité / détails: _____

Échelle de douleur:



Date(s): _____

Sévérité / détails: _____

Échelle de douleur:

