









SUIVI MENSUEL DES SYMPTÔMES

Mois de: _____

Utilisez ce formulaire pour suivre vos symptômes quotidiens, mensuellement. Vous pouvez l'utiliser pour noter les poussées ou pour surveiller votre santé au quotidien.

Jour	 Médicaments	 Symptômes	 Activité physique	 Autres
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Jour	 Médicaments	 Symptômes	 Activité physique	 Autres
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				