

Mon Passeport-santé



MA SANTÉ AUJOURD'HUI (POINT DE RÉFÉRENCE DE VOTRE JOURNAL)

DATE DE DÉBUT

ETAT PHYSIQUE

POUR L'UTILISATION DES ÉCHELLES, VEUILLEZ VOUS REPORTER À L'INTRODUCTION P.4

DOULEUR GÉNÉRALE

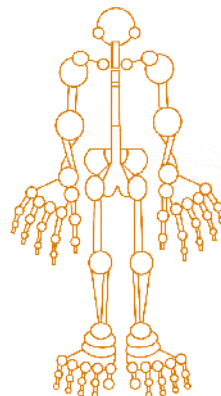
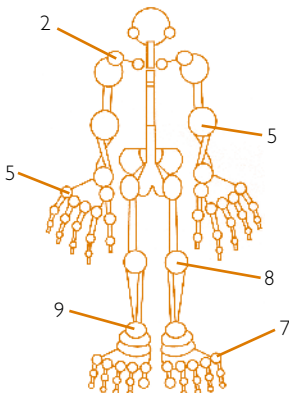


QUELLES SONT LES ARTICULATIONS LES PLUS DOULOUREUSES ?

LA DOULEUR VARIE-T-ELLE EN FONCTION DE VOS ACTIVITÉS ? PRÉCISEZ

EXEMPLE

Les numéros sont des indicateurs de l'intensité de la douleur (1 = peu douloureux - 10 = très douloureux)



DROITE GAUCHE

ÉTAT DE FATIGUE



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



COMMENT JE ME SENS ?

A QUEL MOMENT SUIS-JE FATIGUÉ ?

LIEN ENTRE DOULEUR ET FATIGUE



ACTIVITÉ ET CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A QUEL POINT LES ACTIVITÉS SUIVANTES SONT-ELLES DIFFICILES ?

SOINS PERSONNELS :

SE LAVER	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S'HABILLER / SE DÉSHABILLER	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SE RENDRE AUX TOILETTES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MANGER	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ALLER DANS SON LIT / SORTIR DU LIT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S'ASSEOIR SUR UN FAUTEUIL / SE LEVER DU FAUTEUIL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S'ASSEOIR SUR UNE CHAISE / SE LEVER D'UNE CHAISE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

VIE QUOTIDIENNE :

RESTER DEBOUT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RESTER ASSIS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RESTER COUCHÉ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TAPER À LA MACHINE / UTILISER DES APPAREILS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LIRE (PROBLÈMES DE VUE)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ÉCRIRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TRAVAILLER À TEMPS PARTIEL / À TEMPS PLEIN / ÉCOLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TRAVAILLER AVEC DES OUTILS / TRAVAUX LOURDS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MONTER LES ESCALIERS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FAIRE LE MÉNAGE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FAIRE LES COURSES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S'OCCUPER DE SA FAMILLE ET DES ENFANTS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SE DÉPLACER DANS LA MAISON	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SE DÉPLACER À L'EXTÉRIEUR DE LA MAISON	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SE DÉPLACER EN PORTANT QUELQUE CHOSE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

LOISIRS :

NAGER	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ACTIVITÉ PHYSIQUE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SORTIR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SE PROMENER	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TECHNIQUES DE RELAXATION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
UTILISATION DU MULTIMÉDIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

AUTRES ACTIVITÉS QUI ME SONT DIFFICILES :

ACTIVITÉS QUI COMPTENT LE PLUS POUR MOI

1.

2.

3.

4.

5.

ACTIVITÉS QUI ME SONT LE PLUS DIFFICILES

1.

2.

3.

4.

5.

ETAT ÉMOTIONNEL

COMMENT JE ME SENS ?



COCHEZ L'ADJECTIF QUI VOUS CORRESPOND LE MIEUX

- OPTIMISTE
- CONTENT
- DÉPRIMÉ
- ANGOISSÉ
- ANXIEUX
- PESSIMISTE
- INQUIET
- AUTRES...

RELATIONS ET SEXUALITÉ



COMMENT MON ARTHRITE / RHUMATISME INFLUENCE-T-IL MES RELATIONS ET MA SEXUALITÉ ?
(ex. problèmes de mobilité limitée)

FAMILLE ET AMIS



QUELLE INFLUENCE MA MALADIE RHUMATISMALE A-T-ELLE SUR MES RELATIONS, MA FAMILLE ET MES AMIS ? ANNOTATIONS PERSONNELLES :

COMMENT ME SUIS-JE ADAPTÉ POUR RESTER AUTONOME ?

SOINS PERSONNELS

VIE QUOTIDIENNE

LOISIRS

AUTRES

SOUFFREZ-VOUS D'AUTRES MALADIES ?

MALADIE CARDIOVASCULAIRE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> JE NE SAIS PAS
OSTÉOPOROSE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> JE NE SAIS PAS
AUTRES : PRÉCISEZ	

MODE DE VIE

FUMEZ-VOUS ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
FAITES-VOUS ATTENTION À CE QUE VOUS MANGEZ (2 LÉGUMES ET 2 FRUITS PAR JOUR) ?	<input type="checkbox"/> TOUT LE TEMPS <input type="checkbox"/> SOUVENT <input type="checkbox"/> RAREMENT <input type="checkbox"/> JAMAIS
SUIVEZ-VOUS UN RÉGIME ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
UTILISEZ-VOUS DES SUPPLÉMENTS ALIMENTAIRES ?	<input type="checkbox"/> CALCIUM <input type="checkbox"/> VITAMINE D <input type="checkbox"/> AUTRES : PRÉCISEZ
PRATIQUEZ-VOUS UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ?	<input type="checkbox"/> < 1 HEURE PAR SEMAINE <input type="checkbox"/> 2-3 HEURES PAR SEMAINE <input type="checkbox"/> > 3 HEURES PAR SEMAINE

MÉDICATIONS SUITE...

MÉDICAMENTS SANS ORDONNANCE (ex. anti-douleurs)

VACCINS

TYPE	DATE DE L'ADMINISTRATION	QUAND LE RAPPEL DOIT-IL ÊTRE ADMINISTRÉ ?
GRIPPE		
VACCINS DE VOYAGE		
TYPE		
TYPE		
AUTRES :		
TYPE		
TYPE		

THÉRAPIES

TYPE DE THÉRAPIE	QUAND ? COMBIEN DE TEMPS ?	OÙ ?
DEMANDEZ À VOTRE MÉDECIN SI VOUS AVEZ DROIT À UN TARIF PRÉFÉRENTIEL POUR CES THÉRAPIES		
KINÉSITHÉRAPIE		
HYDROTHÉRAPIE		
ERGOTHÉRAPIE		
AUTRES :		

THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES ET SUPPLÉMENTS

TYPE DE THÉRAPIE	QUAND ? COMBIEN DE TEMPS ?	OÙ ?
VITAMINES		
MÉDECINE NATURELLE		
OSTÉOPATHIE / CHIROPRAIXIE		
AUTRES :		

DERNIERS RÉSULTATS D'ANALYSE

ANALYSE	TYPE	QUAND ?
SANG		
URINE		
RADIOGRAPHIE		
AUTRES (ex. écho, TC, IRM, etc.)		

PERIODE 1 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

ÉTAT DE FATIGUE

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

NOTES

PERIODE 2 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

ÉTAT DE FATIGUE

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

NOTES

PERIODE 3 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

ÉTAT DE FATIGUE

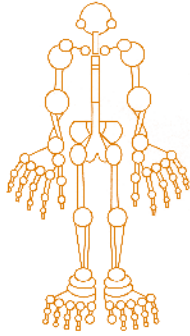
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

NOTES

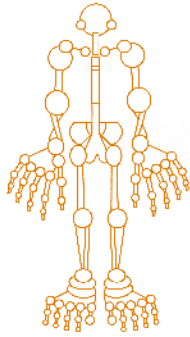
DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

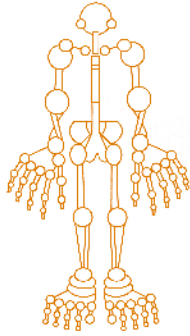
DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

AIDE-MÉMOIRE! QUE SE PASSE-T-IL DANS VOTRE VIE ?

Que dois-je retenir...

Activités /capacités d'indépendance :

- soins personnels

- productivité / travail

- loisirs

Questions pour mon médecin...

PERIODE 1 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ÉTAT DE FATIGUE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

NOTES

PERIODE 2 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ÉTAT DE FATIGUE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

NOTES

PERIODE 3 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ÉTAT DE FATIGUE

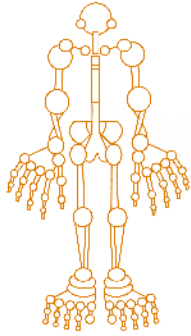
😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

NOTES

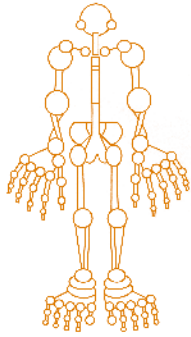
DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

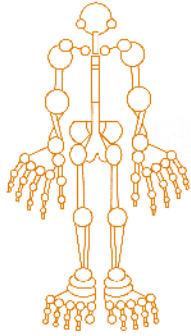
DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

AIDE-MÉMOIRE! QUE SE PASSE-T-IL DANS VOTRE VIE ?

Que dois-je retenir...

Activités /capacités d'indépendance :

- soins personnels

- productivité / travail

- loisirs

Questions pour mon médecin...

PERIODE 1 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ÉTAT DE FATIGUE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

NOTES

PERIODE 2 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ÉTAT DE FATIGUE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

NOTES

PERIODE 3 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ÉTAT DE FATIGUE

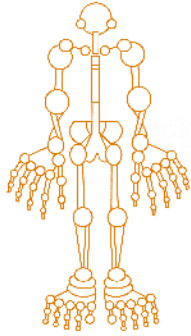
😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

NOTES

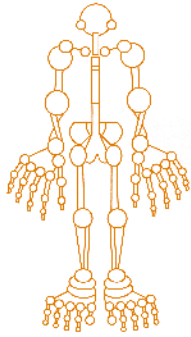
DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

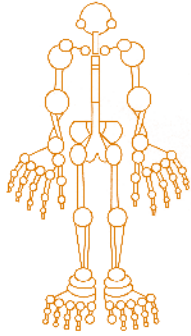
DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

AIDE-MÉMOIRE! QUE SE PASSE-T-IL DANS VOTRE VIE ?

Que dois-je retenir...

Activités /capacités d'indépendance :

- soins personnels

- productivité / travail

- loisirs

Questions pour mon médecin...

PERIODE 1 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ÉTAT DE FATIGUE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

NOTES

PERIODE 2 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ÉTAT DE FATIGUE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

NOTES

PERIODE 3 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ÉTAT DE FATIGUE

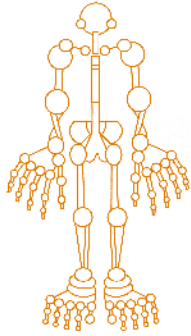
😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

NOTES

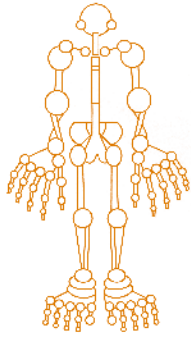
DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

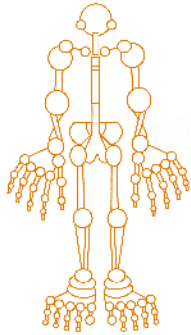
DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

AIDE-MÉMOIRE! QUE SE PASSE-T-IL DANS VOTRE VIE ?

Que dois-je retenir...

Activités /capacités d'indépendance :

- soins personnels

- productivité / travail

- loisirs

Questions pour mon médecin...

PERIODE 1 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ÉTAT DE FATIGUE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

NOTES

PERIODE 2 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ÉTAT DE FATIGUE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

NOTES

PERIODE 3 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ÉTAT DE FATIGUE

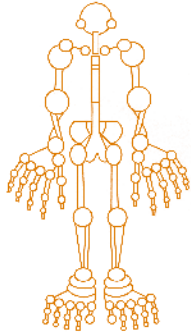
😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

NOTES

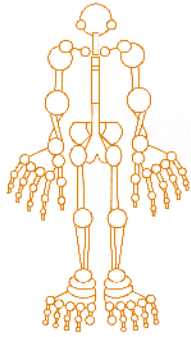
DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

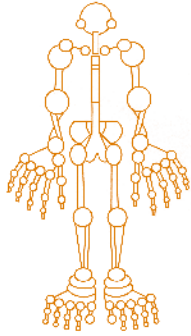
DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

AIDE-MÉMOIRE! QUE SE PASSE-T-IL DANS VOTRE VIE ?

Que dois-je retenir...

Activités /capacités d'indépendance :

- soins personnels

- productivité / travail

- loisirs

Questions pour mon médecin...

PERIODE 1 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ÉTAT DE FATIGUE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

NOTES

PERIODE 2 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ÉTAT DE FATIGUE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

NOTES

PERIODE 3 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ÉTAT DE FATIGUE

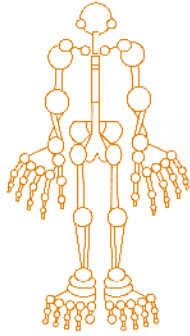
😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

NOTES

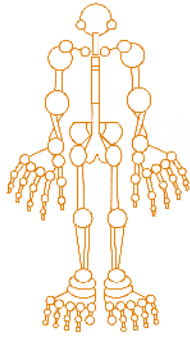
DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

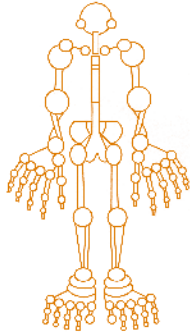
DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

AIDE-MÉMOIRE! QUE SE PASSE-T-IL DANS VOTRE VIE ?

Que dois-je retenir...

Activités /capacités d'indépendance :

- soins personnels

- productivité / travail

- loisirs

Questions pour mon médecin...

PERIODE 1 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ÉTAT DE FATIGUE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

NOTES

PERIODE 2 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ÉTAT DE FATIGUE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

NOTES

PERIODE 3 / DE.../.....A.../.....

DOULEUR

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ÉTAT DE FATIGUE

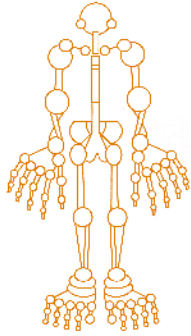
😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

ACTIVITÉ / CAPACITÉ D'INDÉPENDANCE

😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹️

NOTES

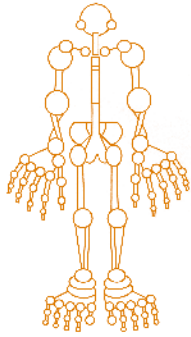
DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

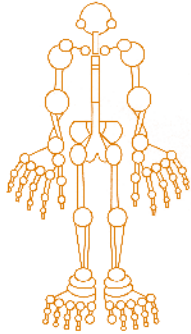
DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

DOULEUR



DROITE GAUCHE

PRÉCISEZ LES ENDROITS LES PLUS DOULOUREUX

AIDE-MÉMOIRE! QUE SE PASSE-T-IL DANS VOTRE VIE ?

Que dois-je retenir...

Activités /capacités d'indépendance :

- soins personnels

- productivité / travail

- loisirs

Questions pour mon médecin...

QUESTIONS QUE JE PEUX POSER À MON MÉDECIN

Exemples de questions que vous voudrez peut-être poser à votre généraliste ou spécialiste :

- Quelle est ma situation actuelle et comment va-t-elle évoluer ?
- Quelles améliorations puis-je espérer de ce(s) traitement(s) ?
- Combien de temps cela durera-t-il avant que le traitement ne donne des résultats ?
- Quels résultats puis-je espérer ?
- Quels sont les effets indésirables de ce(s) traitement(s) ?
- Si mon état ne s'améliore pas avec ce médicament, existe-t-il une alternative que je pourrais tenter ?
- La physiothérapie ou d'autres thérapies complémentaires sont-elles indiquées dans mon cas ?
- Y a-t-il des médicaments sans prescription qui pourraient m'aider à diminuer les symptômes ?
- Les médicaments que je prends habituellement (en faire une liste) peuvent-ils être combinés aux médicaments que vous m'avez prescrits ?
- Dois-je faire plus d'exercices ? Que me recommandez-vous ?

QUESTIONS AU SUJET DE MES MÉDICAMENTS

- Comment fonctionne ce médicament ?
- Combien de temps en aurai-je besoin ?
- Quand et comment dois-je l'ingérer ?
- Dois-je éviter d'autres médicaments, boissons, aliments ou activités si je prends ce médicament ?
- Quels sont les risques éventuels et les effets indésirables et que dois-je faire s'ils apparaissent ?

EXEMPLES DE NOTES

MA SANTÉ

DOULEUR : mieux / pire / à un autre endroit / d'autres changements, etc.

ÉTAT DE FATIGUE : moindre / plus grande / après l'effort / à tel moment de la journée, etc.

ÉMOTIONS : optimiste / content / déprimé / angoissé / anxieux / pessimiste / inquiet, etc.

BESOIN D'AIDE : pour la toilette / déplacements, etc.

COMMENT JE ME SENS CES DERNIERS TEMPS ?

BIEN MEILLEURE : sentiment général de bien-être / est-ce que j'y arrive, etc.

PLUTÔT FAIBLE : déprime passagère / longue dépression pour laquelle de l'aide est nécessaire, etc.

ACTIVITÉS : se promener / utiliser des appareils / taper à la machine, etc.

ADAPTATIONS DANS MON QUOTIDIEN : monter les escaliers / faire le ménage / les courses, etc.

SOINS PERSONNELS : s'habiller / se laver / se rendre aux toilettes / manger, etc.

PRODUCTIVITÉ : travailler / lire / écrire / s'occuper de sa famille et des enfants, etc.

LOISIRS : nager / faire du sport / sortir, etc.

MES MÉDICAMENTS

MÉDICAMENTS PRESCRITS : nom / effet / arrêté, etc.

MÉDICAMENTS SANS PRESCRIPTION : nom / dose / effets / utilisé comment, etc.

SUPPLÉMENTS : vitamines / dose / médecine naturelle / effets

D'AUTRES POSSIBILITÉS ? / QUELQUE CHOSE DE NEUF À TENTER ?

D'autres médicaments que je devrais essayer ? Me recommandez-vous d'autres spécialistes ou services ?

Formations de capacité à l'indépendance / aides / sources d'information / soutien, etc.



NOTES POUR MA CONSULTATION

DATE :/...../.....

MA SANTÉ

DOULEUR :

ÉTAT DE FATIGUE :

ÉMOTIONS :

BESOIN D'AIDE :

COMMENT JE ME SENS CES DERNIERS TEMPS ?

MES MÉDICAMENTS

MÉDICAMENTS PRESCRITS :

MÉDICAMENTS SANS PRESCRIPTION :

SUPPLÉMENTS :

D'AUTRES POSSIBILITÉS ? / QUELQUE CHOSE DE NEUF À TENTER ?

NOTES POUR MA CONSULTATION

DATE :/...../.....

MA SANTÉ

DOULEUR :

ÉTAT DE FATIGUE :

ÉMOTIONS :

BESOIN D'AIDE :

COMMENT JE ME SENS CES DERNIERS TEMPS ?

MES MÉDICAMENTS

MÉDICAMENTS PRESCRITS :

MÉDICAMENTS SANS PRESCRIPTION :

SUPPLÉMENTS :

D'AUTRES POSSIBILITÉS ? / QUELQUE CHOSE DE NEUF À TENTER ?

NOTES POUR MA CONSULTATION

DATE :/...../.....

MA SANTÉ

DOULEUR :

ÉTAT DE FATIGUE :

ÉMOTIONS :

BESOIN D'AIDE :

COMMENT JE ME SENS CES DERNIERS TEMPS ?

MES MÉDICAMENTS

MÉDICAMENTS PRESCRITS :

MÉDICAMENTS SANS PRESCRIPTION :

SUPPLÉMENTS :

D'AUTRES POSSIBILITÉS ? / QUELQUE CHOSE DE NEUF À TENTER ?

NOTES POUR MA CONSULTATION

DATE :/...../.....

MA SANTÉ

DOULEUR :

ÉTAT DE FATIGUE :

ÉMOTIONS :

BESOIN D'AIDE :

COMMENT JE ME SENS CES DERNIERS TEMPS ?

MES MÉDICAMENTS

MÉDICAMENTS PRESCRITS :

MÉDICAMENTS SANS PRESCRIPTION :

SUPPLÉMENTS :

D'AUTRES POSSIBILITÉS ? / QUELQUE CHOSE DE NEUF À TENTER ?

NOTES POUR MA CONSULTATION

DATE :/...../.....

MA SANTÉ

DOULEUR :

ÉTAT DE FATIGUE :

ÉMOTIONS :

BESOIN D'AIDE :

COMMENT JE ME SENS CES DERNIERS TEMPS ?

MES MÉDICAMENTS

MÉDICAMENTS PRESCRITS :

MÉDICAMENTS SANS PRESCRIPTION :

SUPPLÉMENTS :

D'AUTRES POSSIBILITÉS ? / QUELQUE CHOSE DE NEUF À TENTER ?

MES RENDEZ - VOUS

RENDEZ - VOUS :

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

MES RENDEZ - VOUS

RENDEZ - VOUS :

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

MES RENDEZ - VOUS

RENDEZ - VOUS :

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

...../...../..... AH.....

