Mon Quotidien en Main

MON COMPAGNON DE SANTÉ

Fiche 01

Mes symptômes du jour

Mon journal de bord
pour mieux me comprendre et
mieux communiquer avec mon équipe de soins.

Date : ____ / ____ / ____

Mon niveau général aujourd'hui

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Très bien — Très difficile

MON IDENTITÉ

Nom, prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Assurance maladie : _____

AUJOURD'HUI, JE RESSENS...

Coche tout ce qui s'applique

- ☐ Douleur
- ☐ Fatigue
- ☐ Raideur
- ☐ Maux de tête
- ☐ Étourdissements
- ☐ Nausées
- ☐ Brouillard mental
- ☐ Anxiété / stress
- ☐ Tristesse
- ☐ Irritabilité
- ☐ Déprime
- ☐ Manque de motivation
- ☐ Trouble du sommeil
- ☐ Problèmes digestifs
- ☐ Sensibilité au bruit
- ☐ Sensibilité à la lumière
- ☐ Douleurs musculaires
- ☐ Douleurs articulaires
- ☐ Essoufflement
- ☐ Palpitations
- ☐ Engourdissements ou picotements
- ☐ Autre : _____

Tu connais ton corps mieux que quiconque. Chaque note compte.

OÙ EST-CE QUE JE LE RESSENS ?

(localisation principale)



- ☐ Tête / visage
- ☐ Cou
- ☐ Épaules
- ☐ Dos (haut)
- ☐ Dos (bas)
- ☐ Bras / mains
- ☐ Poitrine
- ☐ Abdomen
- ☐ Hanches / bassin
- ☐ Jambes
- ☐ Pieds

COMMENT EST-CE QUE JE LE RESSENS ?

(sensation principale)

- ☐ Lancinant
- ☐ Pulsant
- ☐ Brûlant
- ☐ Électrique
- ☐ Sensation de pression
- ☐ Raide / tendu
- ☐ Engourdi / picotements
- ☐ Autre : _____

SUJETS QUE JE VEUX ABORDER AVEC MON MÉDECIN

Coche les sujets que tu veux aborder aujourd'hui

- ☐ Douleur : intensité / gestion
- ☐ Fatigue / énergie
- ☐ Sommeil
- ☐ Médicaments : effets / ajustements
- ☐ Effets secondaires
- ☐ Anxiété / stress / moral
- ☐ Problèmes digestifs
- ☐ Résultats d'examens
- ☐ Thérapies / traitements
- ☐ Autre : _____

MES NOTES PERSONNELLES

Libère tes pensées...
tout ce qui est important pour toi.

☐ *"Un jour à la fois."*

☐ *Je fais ce que je peux, à mon propre rythme."*

☐ *Chaque petite étape compte."*

FICHE RÉUTILISABLE : complète, enregistre et utilise-là à chaque jour.

LIVEWORKSHEETS