



Mon
Quotidien
en Main

MON COMPAGNON
DE SANTÉ

Fiche 01

Mes symptômes du jour



Date :

___ / ___ / ___

Mon niveau général aujourd'hui



Très bien



Très difficile



MON IDENTITÉ

Nom, prénom :

Date de naissance :

Assurance maladie :



AUJOURD'HUI, JE RESENS...

Coche tout ce qui s'applique



Douleur



Brouillard mental



Trouble du sommeil



Essoufflement



Fatigue



Anxiété / stress



Problèmes digestifs



Palpitations



Raideur



Tristesse



Sensibilité au bruit



Engourdissements
ou picotements



Maux de tête



Irritabilité



Sensibilité à la lumière



Autre :



Étourdissements



Déprime



Douleurs musculaires



Nausées



Manque de motivation



Douleurs articulaires



OÙ EST-CE QUE JE LE RESENS ?

(localisation principale)



Tête / visage



Cou



Épaules



Dos (haut)



Dos (bas)



Bras / mains



Poitrine



Abdomen



Hanches / bassin



Jambes



Pieds



COMMENT EST-CE QUE JE LE RESENS ?

(sensation principale)



Lancinant



Pulsant



Brûlant



Électrique



Sensation de pression



Raide / tendu



Engourdi / picotements



Autre : _____

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



SUJETS QUE JE VEUX ABORDER AVEC MON MÉDECIN

Coche les sujets que tu veux aborder aujourd'hui



Douleur : intensité / gestion



Anxiété / stress / moral



Fatigue / énergie



Problèmes digestifs



Sommeil



Résultats d'exams



Médicaments : effets / ajustements



Thérapies / traitements



Effets secondaires



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