Tableau de suivi des symptômes

Nom : _____

Symptôme	Date de début du symptôme.	Date de disparition du symptôme (si le symptôme est toujours présent, veuillez l'indiquer).	Devez-vous interrompre vos activités en raison de ce symptôme ou celui-ci perturbe-t-il vos activités de la vie quotidienne?	Veuillez évaluer l'intensité de ce symptôme sur une échelle de 1 (légère) à 5 (élevée).	S'agit-il d'un nouveau symptôme ou d'un symptôme récurrent?
				1 2 3 4 5	Nouveau Récurrent
				1 2 3 4 5	Nouveau Récurrent
				1 2 3 4 5	Nouveau Récurrent
				1 2 3 4 5	Nouveau Récurrent
				1 2 3 4 5	Nouveau Récurrent
				1 2 3 4 5	Nouveau Récurrent

Symptôme	Date de début du symptôme.	Date de disparition du symptôme (si le symptôme est toujours présent, veuillez l'indiquer).	Devez-vous interrompre vos activités en raison de ce symptôme ou celui-ci perturbe-t-il vos activités de la vie quotidienne?	Veuillez évaluer l'intensité de ce symptôme sur une échelle de 1 (légère) à 5 (élevée).	S'agit-il d'un nouveau symptôme ou d'un symptôme récurrent?
				1 2 3 4 5	Nouveau Récurrent
				1 2 3 4 5	Nouveau Récurrent
				1 2 3 4 5	Nouveau Récurrent
				1 2 3 4 5	Nouveau Récurrent
				1 2 3 4 5	Nouveau Récurrent
				1 2 3 4 5	Nouveau Récurrent
				1 2 3 4 5	Nouveau Récurrent
				1 2 3 4 5	Nouveau Récurrent