

---



# Journal des symptômes

---



Un journal guidé de 30 jours



Hybride

Créé avec LoomJournals

---

# Comment utiliser ce journal

---

Bienvenue dans votre journal ! Voici quelques conseils pour en tirer le meilleur parti :

- 1 Réservez quelques minutes chaque jour pour écrire
- 2 Soyez honnête et écrivez librement, sans vous juger
- 3 Essayez d'écrire à la même heure chaque jour pour créer une habitude
- 4 Relisez vos entrées chaque semaine pour repérer des tendances

- 
- Fill in the top tracker section each day — rate your pain, severity, mood, energy, sleep quality, and stress on a 1-10 scale, and check off if you took medication
  - In the Symptom Details section, describe what you felt: the type of sensation, location, when it started, and how long it lasted
  - Use Triggers & Context to note what you were doing, eating, or experiencing before symptoms appeared
  - Log your medications, doses, and what helped or worsened symptoms in the Medication & What Helped section
  - Use Notes for My Doctor to jot down questions, concerns, or observations for your next appointment
  - Review your entries weekly to identify recurring patterns and share them with your healthcare provider



Scannez pour un guide détaillé sur l'utilisation de ce journal

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sévérité: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Médicament pris:



**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:



**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:



**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---

Date: \_\_\_\_\_

Niveau de douleur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sévérité:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Humeur (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau d'énergie (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualité du sommeil:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Niveau de stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Médicament pris:

**Détails des symptômes** *(décrivez chaque symptôme : ce que vous ressentez, où exactement, quand cel...)*

---

---

---

---

**Déclencheurs et contexte** *(que faisiez-vous, mangiez-vous ou ressentiez-vous avant l'apparition des sy...)*

---

---

---

---

**Médicaments et soulagement** *(médicaments pris (nom, dose, heure). qu'est-ce qui a soulagé ou aggr...)*

---

---

---

---