

Ma fiche : Symptômes



Nom/prénom		Date	
Depuis quand ?		Consultation	

MES SYMPTÔMES AUJOURD'HUI

Symptôme	Intensité 0-10	Depuis quand ?	Circonstances
Douleurs			
Nausées			
Vomissements			
Ballonnements			
Fatigue			
Vertiges / malaise			
Autre			

ALIMENTATION & HYDRATATION

Alimentation ☐ Normale ☐ Réduite ☐ Très difficile

Hydratation ☐ Normale ☐ Réduite ☐ Très difficile

Nutrition entérale ☐ Non ☐ Oui ☐ Autre :

Transit ☐ Habituel ☐ Constipation ☐ Diarrhée ☐ Autre :

CE QUI A AMÉLIORÉ OU AGGRAVÉ MES SYMPTÔMES

Ce qui améliore	Ce qui aggrave

RETENTISSEMENT SUR MA JOURNÉE

Activités que je n'ai pas pu faire :

Aide dont j'ai eu besoin :

Temps de récupération nécessaire :

Ma fiche : Symptômes



INFORMATIONS IMPORTANTES POUR LE MÉDECIN

Handwriting practice lines for medical information.