

FICHE DE CONTROLE DES MEDICAMENTS

NOM : _____

MEDECIN : _____

MOIS : _____

<u>MEDICAMENTS :</u>	<u>Matin</u>	<u>Midi</u>	<u>Soir</u>	<u>Coucher</u>

COCHER QUOTIDIENNEMENT TOUT CE QUI CONCERNE :

JOURS DU MOIS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
BIEN DORMI															
PAS BIEN DORMI															
APPETIT NORMAL															
APETIT MEDIOCRE															
CONCENTRATION BONNE															
CONCENTRATION MAUVAISE															
ME SENS VIGILANT															
ME SENS FATIGUE															
ME SENS NERVEUX															
ME SENS IRRITABLE															
<i>EFFETS SECONDAIRES</i>															

FICHE DE CONTROLE DES MEDICAMENTS

MOIS : _____

<u>MEDICAMENTS :</u>	<u>Matin</u>	<u>Midi</u>	<u>Soir</u>	<u>Coucher</u>

COCHER QUOTIDIENNEMENT TOUT CE QUI CONCERNE :

JOURS DU MOIS	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
BIEN DORMI																
PAS BIEN DORMI																
APPETIT NORMAL																
APETIT MEDIOCRE																
CONCENTRATION BONNE																
CONCENTRATION MAUVAISE																
ME SENS VIGILANT																
ME SENS FATIGUE																
ME SENS NERVEUX																
ME SENS IRRITABLE																
<i>EFFETS SECONDAIRES</i>																