SUIVI MÉDICAL MENSUEL

MOIS : **ANNÉE :**

	SYMPTÔMES											PARTICULARITÉS				
	RESPIRATOIRES				DIGESTIFS						GÉNÉRAL					
Jour	Toux (**gr**asse ou **s**èche?)	Toux la nuit	Nez qui coule (couleur?)	Nez bouché	Gras dans les selles	Selle liquide	Vomissement	Maux de ventre	Manque d'appétit	Toujours faim	Fatigue physique	Difficulté à l'effort	État Général (ex.: fièvre)	Repas festif	Repas plus gras	Oublie de médicament	Enrhumé ou autre	Commentaires
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		