

Je m'appelle :

Suivi de mes désagréments digestifs

MON/MES TRAITEMENT(S) EN COURS :

MANIFESTATIONS :

* A titre d'exemple, après les repas, juste après la prise, pendant la nuit, au cours de la période des menstruations, etc.

Nom du médicament	
.....	
Nombre de prises quotidiennes :	.....
Moment de la ou des prise(s)	
.....	

Nom du médicament	
.....	
Nombre de prises quotidiennes :	.....
Moment de la ou des prise(s)	
.....	

Nom du médicament	
.....	
Nombre de prises quotidiennes :	.....
Moment de la ou des prise(s)	
.....	

Date	Moment apparition*	Fréquence/jour	Intensité (1=modéré/5=sévère)	Autres symptômes associés	Commentaires
..... / /	1x - 2x - 3x - +4x	1 - 2 - 3 - 4 - 5	.....	.....
..... / /	1x - 2x - 3x - +4x	1 - 2 - 3 - 4 - 5	.....	.....
..... / /	1x - 2x - 3x - +4x	1 - 2 - 3 - 4 - 5	.....	.....
..... / /	1x - 2x - 3x - +4x	1 - 2 - 3 - 4 - 5	.....	.....
..... / /	1x - 2x - 3x - +4x	1 - 2 - 3 - 4 - 5	.....	.....
..... / /	1x - 2x - 3x - +4x	1 - 2 - 3 - 4 - 5	.....	.....
..... / /	1x - 2x - 3x - +4x	1 - 2 - 3 - 4 - 5	.....	.....

Un meilleur suivi de votre traitement, c'est aussi une meilleure qualité de vie !
N'oubliez pas d'emporter ce document lors de votre prochaine visite chez votre médecin traitant.

Pour faire le plein de bonnes astuces, www.emistyl.be