











































Formulaire de suivi de:

Description du produit:

A remplir le matin							
Jour & date	Température corporelle	Dose injectée (en mg)					
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>

A remplir le soir			
Rougeur	Etat général	Remarques	Température corporelle
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C

A remplir le matin							
Jour & date	Température corporelle	Dose injectée (en mg)					
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>

A remplir le soir			
Rougeur	Etat général	Remarques	Température corporelle
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C

# Mon formulaire de suivi médical

## Aide documentaire pour les patient:e:s

Veillez svp documenter vos informations et observations personnelles concernant votre traitement à l'aide des tableaux ci-dessous. Cela facilitera la discussion avec votre médecin concernant l'évolution du traitement.

A remplir le matin						
Jour & date	Température corporelle	Dose injectée (en mg)				
Lundi 22.05.2023	37 °C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1) Veuillez indiquer le jour et la date de votre injection.

2) Veuillez mesurer votre température corporelle **avant l'injection** et la noter ici.

3) Veuillez indiquer la dose de l'ampoule que vous avez injectée (elle est indiquée sur chaque ampoule).

A remplir le soir			
Rougeur	Etat général	Remarques	Température corporelle
Ø = ____ cm	<input type="checkbox"/> 😊 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 😞	Moins de douleurs, plus d'appétit	38 °C

4) En cas d'apparition de rougeur dans les 12h après l'injection, veuillez en indiquer le diamètre (en cm).

5) Veuillez noter votre état général (à l'aide de smileys).

6) Veuillez relever les améliorations, les aggravations (fatigue, douleurs, appétit, sommeil), les particularités lors de l'injection ou les effets secondaires.

7) Le soir du jour d'injection veuillez à nouveau mesurer votre température corporelle et la noter ici.

