



Symptômes	Fréquence au cours du mois	Changement par rapport au mois précédent	Remarques
Changements de perception			
Hallucinations / délires	S'est produit ___ fois Visuel Auditif Les deux	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> plus moins <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> même
Profondeur / perception spatiale	S'est produit ___ fois	<input type="checkbox"/> plus <input type="checkbox"/> moins <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> même
Mémoire et cognition			
Fluctuations de la cognition et attention	S'est produit ___ fois	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> plus moins <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> même
Difficultés à trouver les mots / à terminer ses pensées	1 2 3 4 5 Doux - - - → grave	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> plus moins <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> même
Problèmes de réflexion/mémoire	1 2 3 4 5 Doux - - - → grave	<input type="checkbox"/> reconnaître les gens <input type="checkbox"/> terminer une tâche	
Changements de personnalité			
sautes d'humeur / dépression	1 2 3 4 5 Doux - - - → grave	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> plus moins même	
Anxiété / sentiments de terreur	1 2 3 4 5 Doux - - - → grave	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> plus moins même	
Colère ou agression	1 2 3 4 5 Doux - - - → grave	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> plus moins même	
Apathie	1 2 3 4 5 Doux - - - → grave	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> plus moins même	
Changements de mouvement			
Problèmes d'équilibre / trébuchements	1 2 3 4 5 Doux - - - → grave	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> plus moins même	
Lenteur	1 2 3 4 5 Doux - - - → grave	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> plus moins <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> même
Rigidité des membres / traînée des jambes	1 2 3 4 5 Doux - - - → grave	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> plus moins même	
Autres symptômes			
Difficulté à avaler	1 2 3 4 5 Doux - - - → grave	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> plus moins même	
Changements dans l'écriture manuscrite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> plus moins même	
bave excessive	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> plus moins même	



Symptômes	Fréquence au cours du mois	Changement par rapport au mois précédent	Remarques
-----------	----------------------------	--	-----------

Changements dans les habitudes de sommeil

Trouble du sommeil paradoxal (jouant physiquement ses rêves)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> plus <input type="checkbox"/> moins <input type="checkbox"/> même	
Somnolence diurne	Environ ____ heures	<input type="checkbox"/> plus <input type="checkbox"/> moins <input type="checkbox"/> même	
Difficultés à dormir la nuit	Environ ____ heures	<input type="checkbox"/> plus <input type="checkbox"/> moins <input type="checkbox"/> même	

Changements physiques

Poids	Actuellement ____ livres	<input type="checkbox"/> plus lourd <input type="checkbox"/> plus fin <input type="checkbox"/> même	
-------	--------------------------	---	--

Système autonome

Incontinence	1 2 3 4 5 Doux - - - → grave	<input type="checkbox"/> plus <input type="checkbox"/> moins <input type="checkbox"/> même	
Constipation	1 2 3 4 5 Doux - - - → grave	<input type="checkbox"/> plus <input type="checkbox"/> moins <input type="checkbox"/> même	
Problèmes de tension artérielle	1 2 3 4 5 Léger - - - grave →	<input type="checkbox"/> plus <input type="checkbox"/> moins <input type="checkbox"/> même	
Changements de température corporelle	1 2 3 4 5 Léger - - - grave →	<input type="checkbox"/> plus <input type="checkbox"/> moins <input type="checkbox"/> même	

Médicaments

1)	Dosage: _____	Effets indésirables :	
2)	Dosage: _____	Effets indésirables :	
3)	Dosage: _____	Effets indésirables :	
4)	Dosage: _____	Effets indésirables :	

Notes supplémentaires
