

# GRILLE N°1 Semaine n°..... du ..... au .....

	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4	JOUR 5	JOUR 6	JOUR 7
<b>Articulation(s) douloureuse(s)</b>							
<b>Symptômes</b>	<input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Raideur <input type="checkbox"/> Mobilité diminuée <input type="checkbox"/> Gonflement <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Craquement	<input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Raideur <input type="checkbox"/> Mobilité diminuée <input type="checkbox"/> Gonflement <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Craquement	<input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Raideur <input type="checkbox"/> Mobilité diminuée <input type="checkbox"/> Gonflement <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Craquement	<input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Raideur <input type="checkbox"/> Mobilité diminuée <input type="checkbox"/> Gonflement <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Craquement	<input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Raideur <input type="checkbox"/> Mobilité diminuée <input type="checkbox"/> Gonflement <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Craquement	<input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Raideur <input type="checkbox"/> Mobilité diminuée <input type="checkbox"/> Gonflement <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Craquement	<input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Raideur <input type="checkbox"/> Mobilité diminuée <input type="checkbox"/> Gonflement <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Craquement
<b>Intensité de la douleur :</b>							
- Au réveil							
- Pendant la journée							
- Le soir							
<b>Exercices :</b>							
- Renforcements							
- Étirements							
- Autre(s) activité(s) quotidiennes							
- Ressenti après l'activité	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞
<b>Action(s) mise(s) en place :</b>							
- Gestion du stress							
- Alimentation							
- Ressenti	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞
<b>Reconnaissance des facteurs aggravant ou diminuant la douleur :</b>							
- Facteur(s) diminuant la douleur							
- Facteur(s) aggravant la douleur							
<b>Prise de médicaments :</b>							
- Nom							
- Heure(s) de prise							
- Dosage							
<b>Sommeil :</b>							
- Nombre d'heures							
- Qualité							

## GRILLE N°2 Bilan de la semaine n°.....

<b>Quelle est l'intensité moyenne de vos douleurs sur les DERNIÈRES 48H ?</b> (0 : aucune douleur du tout ; 10 : la pire douleur imaginable) : .....	Amélioration par rapport à la semaine précédente ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>Quel est l'impact de vos douleurs sur votre MOBILITÉ ?</b> (0 : pas d'impact ; 10 : impact très négatif) : .....	Amélioration par rapport à la semaine précédente ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>Quel est l'impact de vos douleurs sur votre MORAL ?</b> (0 : pas d'impact ; 10 : impact très négatif) : .....	Amélioration par rapport à la semaine précédente ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>Quel est l'impact de vos douleurs sur votre SOMMEIL ?</b> (0 : pas d'impact ; 10 : impact très négatif) : .....	Amélioration par rapport à la semaine précédente ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>Quel est l'impact de vos douleurs sur votre VIE SOCIALE ?</b> (0 : pas d'impact ; 10 : impact très négatif) : .....	Amélioration par rapport à la semaine précédente ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>Quels étaient vos OBJECTIFS de la semaine ?</b> ..... ..... ..... ..... .....	
<b>Avez-vous atteint vos OBJECTIFS ?</b> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Ce que je n'ai pas su faire et pourquoi : ..... ..... ..... ..... Ce que j'ai su faire : ..... ..... ..... .....	
<b>Êtes-vous satisfait des résultats ?</b> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <b>Si non, comment pourriez-vous les améliorer ?</b> ..... ..... ..... .....	
<b>Quels sont vos objectifs pour la semaine prochaine ?</b> ..... ..... .....	