






Mon journal de bord






À REMPLIR LES 3 JOURS PRÉCÉDANT LA CONSULTATION

TOUR 1 - DATE :/../..

	7H	8H	9H	10H	11H	12H	13H	14H	15H	16H	17H	18H	19H	20H	21H	22H	23H	00H
MÉDICAMENT 																		
REPAS 																		
PHASE ON* 																		
PHASE OFF** 																		
DYSKINÉSIES*** 																		






AVEZ-VOUS SUIVI LA PRESCRIPTION DE VOTRE MÉDECIN ? OUI / NON

TOUR 2 - DATE :/../..

MÉDICAMENT 																		
REPAS 																		
PHASE ON* 																		
PHASE OFF** 																		
DYSKINÉSIES*** 																		

AVEZ-VOUS SUIVI LA PRESCRIPTION DE VOTRE MÉDECIN ? OUI / NON

TOUR 3 - DATE :/../..

MÉDICAMENT 																		
REPAS 																		
PHASE ON* 																		
PHASE OFF** 																		
DYSKINÉSIES*** 																		

AVEZ-VOUS SUIVI LA PRESCRIPTION DE VOTRE MÉDECIN ? OUI / NON

* Phase ON : bon contrôle des mouvements¹

** Phase OFF : blocage ou difficulté à réaliser des mouvements¹

*** Dyskinésies : mouvements anormaux involontaires non contrôlables, notamment des membres et du tronc¹