

Veillez indiquer à quel point vous avez été incommodé(e)
par les problèmes suivants au cours des 7 derniers jours :

PEAU	PAS DU TOUT	LÉGÈREMENT	MODÉRÉMENT	BEAUCOUP	TOTALEMENT	RENDEZ-VOUS PRÉCÉDENT	PROCHAIN RENDEZ-VOUS	EN PARLER AVEC VOTRE
Couleur anormale de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	Dermatologue, Omnipraticien
Éruptions cutanées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	
Peau épaissie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	
Plaies sur la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	
Démangeaisons cutanées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	
YEUX	PAS DU TOUT	LÉGÈREMENT	MODÉRÉMENT	BEAUCOUP	TOTALEMENT	RENDEZ-VOUS PRÉCÉDENT	PROCHAIN RENDEZ-VOUS	EN PARLER AVEC VOTRE
Sécheresse oculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	Ophthalmologue, Omnipraticien
Nécessité d'utiliser fréquemment des gouttes ophtalmiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	
Difficulté à voir clairement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	
BOUCHE	PAS DU TOUT	LÉGÈREMENT	MODÉRÉMENT	BEAUCOUP	TOTALEMENT	RENDEZ-VOUS PRÉCÉDENT	PROCHAIN RENDEZ-VOUS	EN PARLER AVEC VOTRE
Besoin d'éviter certains aliments en raison de douleurs dans la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	Dermatologue, Omnipraticien
Aphtes dans la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	
POUMONS	PAS DU TOUT	LÉGÈREMENT	MODÉRÉMENT	BEAUCOUP	TOTALEMENT	RENDEZ-VOUS PRÉCÉDENT	PROCHAIN RENDEZ-VOUS	EN PARLER AVEC VOTRE
Toux fréquente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	Pneumologue, Omnipraticien
Expectorations colorées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	
Essoufflement au repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	
Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	
NUTRITION	PAS DU TOUT	LÉGÈREMENT	MODÉRÉMENT	BEAUCOUP	TOTALEMENT	RENDEZ-VOUS PRÉCÉDENT	PROCHAIN RENDEZ-VOUS	EN PARLER AVEC VOTRE
Difficulté à avaler des aliments solides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	Gastro-entérologue, Omnipraticien
Difficulté à avaler des liquides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	
Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	
Perte de poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	
ÉNERGIE	PAS DU TOUT	LÉGÈREMENT	MODÉRÉMENT	BEAUCOUP	TOTALEMENT	RENDEZ-VOUS PRÉCÉDENT	PROCHAIN RENDEZ-VOUS	EN PARLER AVEC VOTRE
Essoufflement lors de l'activité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	Omnipraticien
Douleurs articulaires et musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	
Mouvement limité des articulations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	
Crampes musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	
Muscles faibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	
Perte d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	
Besoin de dormir plus/de faire des siestes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	
PSYCHIATRE	PAS DU TOUT	LÉGÈREMENT	MODÉRÉMENT	BEAUCOUP	TOTALEMENT	RENDEZ-VOUS PRÉCÉDENT	PROCHAIN RENDEZ-VOUS	EN PARLER AVEC VOTRE
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	Omnipraticien
Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	
Perturbation du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	/ /	