



# Suivi des activités et des symptômes

Projet Épauler la Communauté et Retirer les Barrières (ECRoB)

Date : \_\_\_\_\_

Jour	Qualité du sommeil (1-10)	Activités	Symptômes	Source/s d'exposition	Niveau de capacité après l'exposition (1-10)	Problèmes et barrières rencontrés (1-10)
Dimanche						
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						

Vendredi						
Samedi						

Ce formulaire peut être imprimé ou téléchargé à votre convenance. Ces informations vous aideront à surveiller votre état et vous permettront de voir si votre condition s'améliore ou non. Vous pourrez aussi les montrer à votre médecin ou autre professionnel de la santé. Ces données vous serviront également si vous devez parler avec les ressources humaines sur votre lieu de travail ou encore avec un avocat ou tout autre professionnel.

<b>Qualité du sommeil</b>	Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant extrêmement mauvais et 10 étant proche de la perfection, comment vous êtes-vous senti en vous réveillant le matin?
<b>Activités</b>	Qu'avez-vous fait qui vous a rendu malade? Vous êtes vous rendu(e) sur votre lieu de travail, à votre banque, votre épicerie, à l'hôpital, au cabinet du médecin, etc.
<b>Symptômes</b>	Décrivez vos symptômes.
<b>Source/s d'exposition</b>	À quoi avez-vous été exposé?
<b>Niveau de capacité après l'exposition</b>	Sur une échelle de 1 à 10, comment vous sentez-vous et pendant combien de temps ? Des heures? Des jours?
<b>Problèmes et barrières rencontrés</b>	Si vous avez demandé un accommodement, comment vous a-t-on répondu? Indiquez les noms, les adresses et les heures. Avez-vous demandé des accommodements avant de vous rendre dans ce lieu?