

Mois de : _____

Dose injectée : _____

Nom médicament : _____

Type d'injection : Push Pompe IV

Date	Mon auto-évaluation quotidienne				Mes traitements d'immunoglobulines			Mes consultations médicales		
	Fatigue globale*	Activités de la journée	Symptôme(s) / manifestation(s)	Infection(s) / Antibiotique(s)	✓	Réaction(s)	Action(s)	Résultat(s)	Endroit(s) / Spécialiste(s)	Action(s) et/ou médicament(s) prescrit(s)
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										

*Nous recommandons d'utiliser une échelle pour évaluer le niveau de fatigue : 10 = FATIGUE ÉLEVÉE , 0 = PAS DE FATIGUE, DONC BEAUCOUP D'ÉNERGIE.