

# Outil de suivi de mes symptômes

UTILISEZ L'OUTIL DE SUIVI CI-APRÈS POUR CONSIGNER VOS SYMPTÔMES.

Ma visite avec: \_\_\_\_\_

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

Ce dont nous avons discuté/ce que je dois faire:

---

---

---

Symptômes que j'ai ressentis depuis la dernière visite:

---

---

---

Décrivez vos symptômes:

Quoi: \_\_\_\_\_ OÙ: \_\_\_\_\_

Quand: \_\_\_\_\_ À quelle fréquence: \_\_\_\_\_

Notes supplémentaires concernant vos symptômes:

---

---

---



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V.,  
Pfizer Canada SRI, licencié  
PFIZERFLEX M.C., Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié  
© 2021 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5  
PP-XEL-CAN-0388-FR



Programme de soutien aux patients

**PfizerFlex**  
Une équipe expérimentée et dévouée