Mois : **Année :** **Poids jour 1 :** **Poids jour 15 :**

Jour	**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**
4																															
3																															
2																															
1																															
NORMALE																															
-1																															
-2																															
-3																															
-4																															
Sommeil (durée)																															
Sieste (durée)																															
Irritabilité																															
Pensées inhabituelles*																															
Anxiété																															
Activité physique																															
Alcool et drogues																															
Menstruations																															
Médication prise																															
Modifiée?*																															
Au besoin																															

Renseignements complémentaires

Dates :

Dates :