

Hydratation

0 : insuffisante
10 : satisfaisante



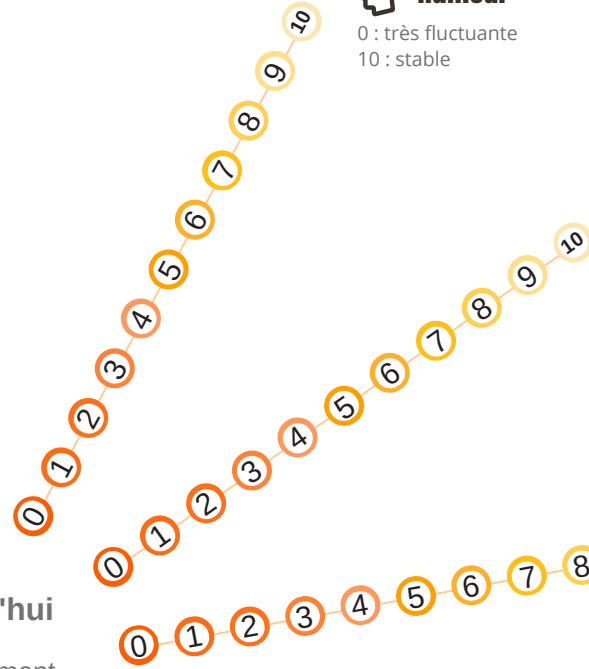
Emotions

0 : tristesse
10 : joie



Humeur

0 : très fluctuante
10 : stable



Temps pour moi

0 : aucun temps
10 : temps suffisant



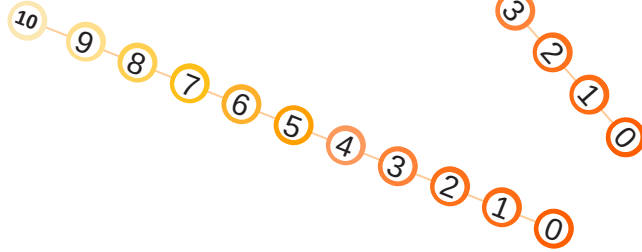
Sommeil

0 : très mauvais
10 : réparateur



Alimentation

0 : déséquilibrée et repas irréguliers et insuffisants
10 : équilibrée et repas réguliers



Moi, aujourd'hui

Date accouchement prévue/réelle



Le ___ / ___ / ___

Energie

0 : épuisée / fatigue extrême
10 : en pleine forme



Appétit

0 : plus du tout d'appétit
10 : très bon appétit



Réalisation des soins kiné

0 : non fait
10 : fait



Réalisation des aérosols

0 : non fait
10 : fait



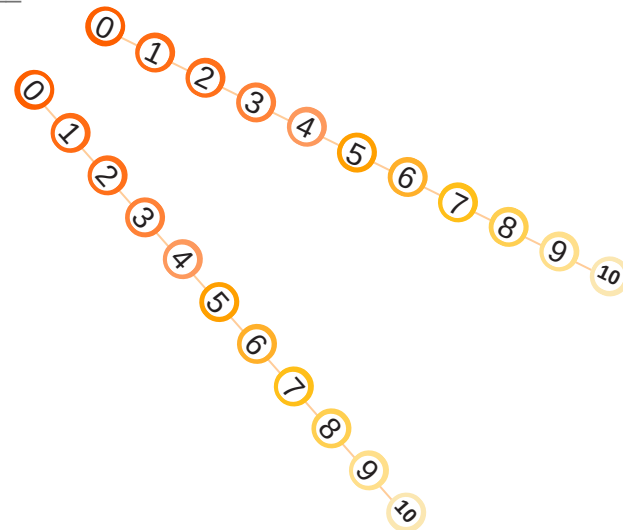
Prise des traitements oraux

0 : non pris
10 : parfaitement pris



Aide / soutien

0 : inexistant
10 : suffisant



Sollicitation de l'aide / du soutien

0 : pas du tout
10 : dès que nécessaire



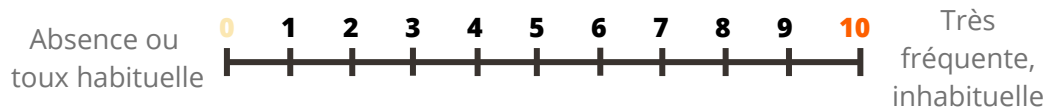
Date



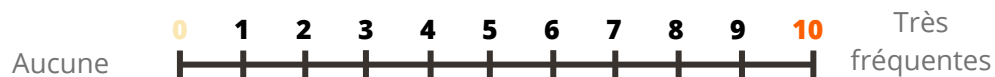
Essoufflement



Toux



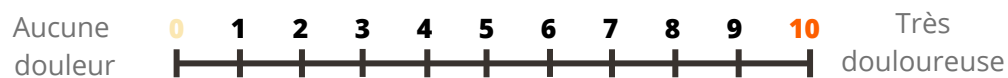
Fuites urinaires



Circonstances :



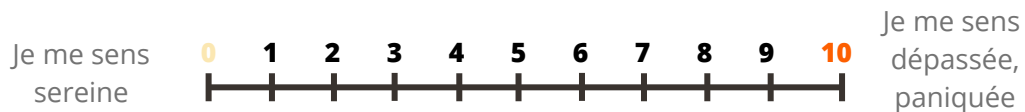
Douleurs



Localisation :



Anxiété



Faits marquants (maman, couple, famille, bébé...)

Propositions