

SEGUIMIENTO DE MIS SÍNTOMAS

Fecha: _____

Mis actividades habituales

Antes de ir a dormir

Hora de acostarme: _____

Horas de sueño: _____

Hora de la noche si me levanto para medicación: _____

ACTIVIDADES QUE HE REALIZADO:

SÍNTOMAS	Mañana	Tarde	Noche
Nivel de Fatiga			
Dolor en articulaciones			
Sequedad de Ojos			
Sequedad de Boca			

Claves:

N = Nada

S = Suave

M = Moderado

SE = Severo

I = Intenso