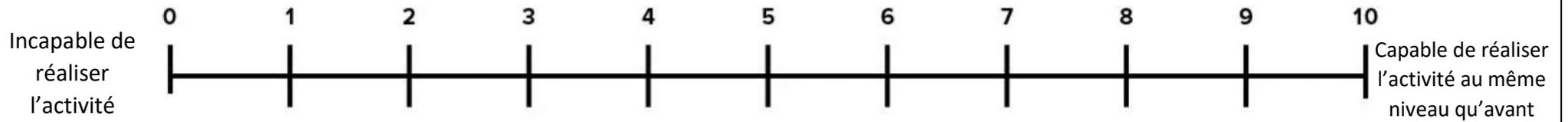


Nom :

Prénom :

Je vais vous demander de m'identifier jusqu'à 5 activités importantes que vous n'êtes plus en mesure d'effectuer ou que vous avez des difficultés à effectuer en raison de votre problème de santé. Aujourd'hui, y a-t-il des activités que vous n'êtes pas capable de faire ou dont vous éprouvez des difficultés à réaliser à cause de votre problème de santé ?



Dates et scores

| Activités | / / | / / | / / | / / | / / |
|------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| Complément | | | | | |
| Complément | | | | | |