

ACTIVITÉ	SEMAINES											
	1		2		3		4		5		6	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
L'intensité des douleurs a diminué												
J'ai eu des périodes sans douleur cette semaine												
J'ai pu m'entraîner sans douleur cette semaine												
J'ai pu marcher X minutes avant de sentir des douleurs (marquer les minutes)												
Je peux m'asseoir X minutes avant que les douleurs s'installent (marquer les minutes)												
J'ai eu mal en étant dans le lit												
J'ai eu mal en roulant dans le lit												
Je peux attraper un objet de 10kgs sans avoir mal												

Je n'ai eu aucune douleur cette semaine												
Activités qui sont maintenant sans douleurs (faire la liste)												
1. Exemples - squat, jardinage, dormir												
2.												
3.												
4.												
5.												