

Mes objectifs S.M.A.R.T. en matière d'habitudes de vie

DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS, INSCRIVEZ VOS OBJECTIFS S.M.A.R.T. LIÉS À L'ADOPTION DE VOTRE PLAN DE TRAITEMENT.

Soyez S.M.A.R.T.	Objectif n° 1	Objectif n° 2	Objectif n° 3	Objectif n° 4	Objectif n° 5
Spécifique					
Qui					
Quoi					
Où					
Quand					
Quel/Quelle (lequel/laquelle)					
Pourquoi					
Mesurable					
Quelle quantité					
À quelle fréquence					
Comment saurai-je que j'ai réussi					
Atteignable					
Compétences					
Capacité					
Aspect financier					
Réaliste					
Volonté	OUI ou NON	OUI ou NON	OUI ou NON	OUI ou NON	OUI ou NON
Pouvoir	OUI ou NON	OUI ou NON	OUI ou NON	OUI ou NON	OUI ou NON
Temporel					
Date de début					
Date de fin					

En réfléchissant à l'objectif qui vient en première position dans la liste ci-dessus, répondez aux questions suivantes :

a. Pourquoi est-ce important pour vous?

b. Qu'en tirerez-vous de positif?



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V.,
Pfizer Canada SRI, licencié
PFIZERFLEX M.C., Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié
© 2021 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5



Programme de soutien aux patients

PfizerFlex
Une équipe expérimentée et dévouée