

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				
Pouvoir	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?



PFIZERFLEX M.C., Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié
© 2024 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5



Programme de soutien aux patients

PfizerFlex
Une équipe expérimentée et dévouée