

Diario di pasti e sintomi low FODMAP (2 settimane)

Due settimane di pasti, sintomi e forma delle feci su carta, da rileggere o da portare a una visita.

COME USARLO

1. **Annota le cose poco dopo che accadono.** La memoria sbiadisce in un giorno, soprattutto per quantità e orari.
2. **Pasti e bevande:** annota l'orario, che cosa era e più o meno quanto. Se non sei sicuro di un ingrediente, scrivilo.
3. **Sintomi:** annota l'ora in cui è iniziato ciascuno e dagli un punteggio da 0 (nessuno) a 10 (il peggiore).
4. **Evacuazioni:** annota l'orario e il tipo di Bristol di pagina 2.
5. **Contesto:** sonno, stress, attività fisica, farmaci, viaggi o qualsiasi cosa insolita.
6. **Compila anche i giorni buoni.** Sono il termine di confronto per i giorni più difficili.
7. **Mantienilo gestibile.** Se un campo ti pesa, saltalo e chiedi al dietista che cosa vuole vedere.

Un diario non è una diagnosi.

Bloat Gone non è un dispositivo medico. L'app non diagnostica, tratta, cura né previene malattie e non sostituisce il parere di un professionista sanitario. Segui una dieta a basso contenuto di FODMAP con il supporto di un medico o di un dietista qualificato.

Un diario registra ciò che hai notato; non può dimostrare che un alimento abbia causato i tuoi sintomi. In caso di perdita di peso inspiegata, sanguinamento rettale o diarrea con sangue, un nodulo duro o un gonfiore nell'addome, oppure mancanza di fiato con palpitazioni e pallore insolito, chiedi un parere medico urgente invece di aspettare una visita.

I MIEI DATI (FACOLTATIVO)

Data di inizio: _____ Dietista o medico: _____

Scala di Bristol

Scrivi il numero del tipo che si avvicina di più. Se esiti tra due tipi, scegline uno e aggiungi una nota.

1	Palline dure separate
2	Feci grumose a forma di salsiccia
3	A forma di salsiccia con crepe sulla superficie
4	Lisce e morbide, a forma di salsiccia o serpente
5	Pezzi morbidi con bordi ben definiti
6	Feci molli con bordi frastagliati
7	Acquose, senza parti solide

I tipi 1 e 2 sono di solito raggruppati come area della stitichezza, i tipi da 3 a 5 come area abituale e i tipi 6 e 7 come area della diarrea. Le fonti differiscono leggermente sui confini. Fonte: Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. Scand J Gastroenterol 1997;32:920-924.

SCALA DEI SINTOMI

0 = nessuno da 1 a 3 = lieve da 4 a 6 = moderato da 7 a 10 = intenso. Usa lo stesso significato ogni giorno, così i numeri restano confrontabili.

UN ESEMPIO DI VOCE

Ora	Cosa	Note
12:30	Pasta al pomodoro al ristorante	Non so se c'erano aglio o cipolla
15:00	Gonfiore 6, gas 4	Iniziato circa 2 ore e mezza dopo pranzo
21:30	Tipo 6 di Bristol	Ho dormito male la notte prima

Un esempio inventato per mostrare il livello di dettaglio utile. Non è un consiglio su cosa mangiare.

PASTI E BEVANDE

Ora	Cosa ho mangiato e bevuto (ingredienti, se li conosco)	Quantità

SINTOMI 0 = nessuno, 10 = il peggiore. Scrivi l'ora in cui è iniziato ciascuno.

Ora	Gonfiore	Gas	Dolore	Urgenza	Altro e note

EVACUAZIONI Tipo di Bristol da 1 a 7, vedi pagina 2

Ora	Tipo	Note

CONTESTO

Sonno (ore, qualità): _____

Stress (da 0 a 10): _____ Attività fisica: _____

Farmaci e integratori (con le dosi): _____

Qualcosa di insolito (viaggio, malattia, ciclo, ricetta nuova): _____

PASTI E BEVANDE

Ora	Cosa ho mangiato e bevuto (ingredienti, se li conosco)	Quantità

SINTOMI 0 = nessuno, 10 = il peggiore. Scrivi l'ora in cui è iniziato ciascuno.

Ora	Gonfiore	Gas	Dolore	Urgenza	Altro e note

EVACUAZIONI Tipo di Bristol da 1 a 7, vedi pagina 2

Ora	Tipo	Note

CONTESTO

Sonno (ore, qualità): _____

Stress (da 0 a 10): _____ Attività fisica: _____

Farmaci e integratori (con le dosi): _____

Qualcosa di insolito (viaggio, malattia, ciclo, ricetta nuova): _____

PASTI E BEVANDE

Ora	Cosa ho mangiato e bevuto (ingredienti, se li conosco)	Quantità

SINTOMI 0 = nessuno, 10 = il peggiore. Scrivi l'ora in cui è iniziato ciascuno.

Ora	Gonfiore	Gas	Dolore	Urgenza	Altro e note

EVACUAZIONI Tipo di Bristol da 1 a 7, vedi pagina 2

Ora	Tipo	Note

CONTESTO

Sonno (ore, qualità): _____

Stress (da 0 a 10): _____ Attività fisica: _____

Farmaci e integratori (con le dosi): _____

Qualcosa di insolito (viaggio, malattia, ciclo, ricetta nuova): _____

PASTI E BEVANDE

Ora	Cosa ho mangiato e bevuto (ingredienti, se li conosco)	Quantità

SINTOMI 0 = nessuno, 10 = il peggiore. Scrivi l'ora in cui è iniziato ciascuno.

Ora	Gonfiore	Gas	Dolore	Urgenza	Altro e note

EVACUAZIONI Tipo di Bristol da 1 a 7, vedi pagina 2

Ora	Tipo	Note

CONTESTO

Sonno (ore, qualità): _____

Stress (da 0 a 10): _____ Attività fisica: _____

Farmaci e integratori (con le dosi): _____

Qualcosa di insolito (viaggio, malattia, ciclo, ricetta nuova): _____

PASTI E BEVANDE

Ora	Cosa ho mangiato e bevuto (ingredienti, se li conosco)	Quantità

SINTOMI 0 = nessuno, 10 = il peggiore. Scrivi l'ora in cui è iniziato ciascuno.

Ora	Gonfiore	Gas	Dolore	Urgenza	Altro e note

EVACUAZIONI Tipo di Bristol da 1 a 7, vedi pagina 2

Ora	Tipo	Note

CONTESTO

Sonno (ore, qualità): _____

Stress (da 0 a 10): _____ Attività fisica: _____

Farmaci e integratori (con le dosi): _____

Qualcosa di insolito (viaggio, malattia, ciclo, ricetta nuova): _____

PASTI E BEVANDE

Ora	Cosa ho mangiato e bevuto (ingredienti, se li conosco)	Quantità

SINTOMI 0 = nessuno, 10 = il peggiore. Scrivi l'ora in cui è iniziato ciascuno.

Ora	Gonfiore	Gas	Dolore	Urgenza	Altro e note

EVACUAZIONI Tipo di Bristol da 1 a 7, vedi pagina 2

Ora	Tipo	Note

CONTESTO

Sonno (ore, qualità): _____

Stress (da 0 a 10): _____ Attività fisica: _____

Farmaci e integratori (con le dosi): _____

Qualcosa di insolito (viaggio, malattia, ciclo, ricetta nuova): _____

PASTI E BEVANDE

Ora	Cosa ho mangiato e bevuto (ingredienti, se li conosco)	Quantità

SINTOMI 0 = nessuno, 10 = il peggiore. Scrivi l'ora in cui è iniziato ciascuno.

Ora	Gonfiore	Gas	Dolore	Urgenza	Altro e note

EVACUAZIONI Tipo di Bristol da 1 a 7, vedi pagina 2

Ora	Tipo	Note

CONTESTO

Sonno (ore, qualità): _____

Stress (da 0 a 10): _____ Attività fisica: _____

Farmaci e integratori (con le dosi): _____

Qualcosa di insolito (viaggio, malattia, ciclo, ricetta nuova): _____

PASTI E BEVANDE

Ora	Cosa ho mangiato e bevuto (ingredienti, se li conosco)	Quantità

SINTOMI 0 = nessuno, 10 = il peggiore. Scrivi l'ora in cui è iniziato ciascuno.

Ora	Gonfiore	Gas	Dolore	Urgenza	Altro e note

EVACUAZIONI Tipo di Bristol da 1 a 7, vedi pagina 2

Ora	Tipo	Note

CONTESTO

Sonno (ore, qualità): _____

Stress (da 0 a 10): _____ Attività fisica: _____

Farmaci e integratori (con le dosi): _____

Qualcosa di insolito (viaggio, malattia, ciclo, ricetta nuova): _____

PASTI E BEVANDE

Ora	Cosa ho mangiato e bevuto (ingredienti, se li conosco)	Quantità

SINTOMI 0 = nessuno, 10 = il peggiore. Scrivi l'ora in cui è iniziato ciascuno.

Ora	Gonfiore	Gas	Dolore	Urgenza	Altro e note

EVACUAZIONI Tipo di Bristol da 1 a 7, vedi pagina 2

Ora	Tipo	Note

CONTESTO

Sonno (ore, qualità): _____

Stress (da 0 a 10): _____ Attività fisica: _____

Farmaci e integratori (con le dosi): _____

Qualcosa di insolito (viaggio, malattia, ciclo, ricetta nuova): _____

PASTI E BEVANDE

Ora	Cosa ho mangiato e bevuto (ingredienti, se li conosco)	Quantità

SINTOMI 0 = nessuno, 10 = il peggiore. Scrivi l'ora in cui è iniziato ciascuno.

Ora	Gonfiore	Gas	Dolore	Urgenza	Altro e note

EVACUAZIONI Tipo di Bristol da 1 a 7, vedi pagina 2

Ora	Tipo	Note

CONTESTO

Sonno (ore, qualità): _____

Stress (da 0 a 10): _____ Attività fisica: _____

Farmaci e integratori (con le dosi): _____

Qualcosa di insolito (viaggio, malattia, ciclo, ricetta nuova): _____

PASTI E BEVANDE

Ora	Cosa ho mangiato e bevuto (ingredienti, se li conosco)	Quantità

SINTOMI 0 = nessuno, 10 = il peggiore. Scrivi l'ora in cui è iniziato ciascuno.

Ora	Gonfiore	Gas	Dolore	Urgenza	Altro e note

EVACUAZIONI Tipo di Bristol da 1 a 7, vedi pagina 2

Ora	Tipo	Note

CONTESTO

Sonno (ore, qualità): _____

Stress (da 0 a 10): _____ Attività fisica: _____

Farmaci e integratori (con le dosi): _____

Qualcosa di insolito (viaggio, malattia, ciclo, ricetta nuova): _____

PASTI E BEVANDE

Ora	Cosa ho mangiato e bevuto (ingredienti, se li conosco)	Quantità

SINTOMI 0 = nessuno, 10 = il peggiore. Scrivi l'ora in cui è iniziato ciascuno.

Ora	Gonfiore	Gas	Dolore	Urgenza	Altro e note

EVACUAZIONI Tipo di Bristol da 1 a 7, vedi pagina 2

Ora	Tipo	Note

CONTESTO

Sonno (ore, qualità): _____

Stress (da 0 a 10): _____ Attività fisica: _____

Farmaci e integratori (con le dosi): _____

Qualcosa di insolito (viaggio, malattia, ciclo, ricetta nuova): _____

PASTI E BEVANDE

Ora	Cosa ho mangiato e bevuto (ingredienti, se li conosco)	Quantità

SINTOMI 0 = nessuno, 10 = il peggiore. Scrivi l'ora in cui è iniziato ciascuno.

Ora	Gonfiore	Gas	Dolore	Urgenza	Altro e note

EVACUAZIONI Tipo di Bristol da 1 a 7, vedi pagina 2

Ora	Tipo	Note

CONTESTO

Sonno (ore, qualità): _____

Stress (da 0 a 10): _____ Attività fisica: _____

Farmaci e integratori (con le dosi): _____

Qualcosa di insolito (viaggio, malattia, ciclo, ricetta nuova): _____

PASTI E BEVANDE

Ora	Cosa ho mangiato e bevuto (ingredienti, se li conosco)	Quantità

SINTOMI 0 = nessuno, 10 = il peggiore. Scrivi l'ora in cui è iniziato ciascuno.

Ora	Gonfiore	Gas	Dolore	Urgenza	Altro e note

EVACUAZIONI Tipo di Bristol da 1 a 7, vedi pagina 2

Ora	Tipo	Note

CONTESTO

Sonno (ore, qualità): _____

Stress (da 0 a 10): _____ Attività fisica: _____

Farmaci e integratori (con le dosi): _____

Qualcosa di insolito (viaggio, malattia, ciclo, ricetta nuova): _____

Note per la mia visita

Schemi che hai notato, domande da fare e tutto ciò che vuoi ricordare.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Preferisci il telefono?

Bloat Gone riunisce pasti, sintomi e tipi di Bristol su una cronologia con data ed esporta un report PDF o XLSX per le date che scegli.

App Store | Google Play

Scaricabile gratuitamente da App Store e Google Play.

Inquadra il codice per aprire la pagina con i link a entrambi gli store, oppure visita bloatgone.app/it/ibs-food-diary

