

Dzienniczek posiłków i objawów low FODMAP (2 tygodnie)

Dwa tygodnie posiłków, objawów i formy stolca na papierze, do przejrzania lub zabrania na wizytę.

JAK Z NIEGO KORZYSTAĆ

1. **Zapisuj wkrótce po zdarzeniu.** Pamięć blaknie już po dobie, zwłaszcza jeśli chodzi o ilości i godziny.
2. **Posiłki i napoje:** zapisz godzinę, co to było i mniej więcej ile. Jeśli masz wątpliwości co do składnika, zanotuj to.
3. **Objawy:** zapisz godzinę początku każdego i oceń go od 0 (brak) do 10 (najsilniejszy).
4. **Wypróżnienia:** zapisz godzinę i typ ze skali brytolskiej ze strony 2.
5. **Okoliczności:** sen, stres, ruch, leki, podróże lub cokolwiek nietypowego.
6. **Wypełniaj też dobre dni.** Z nimi porównujesz trudniejsze dni.
7. **Zachowaj umiar.** Jeśli któreś pole męczy, pomiń je i zapytaj dietetyka, co chce zobaczyć.

Dzienniczek nie służy do diagnozy.

Bloat Gone nie jest wyrobem medycznym. Nie diagnozuje, nie leczy ani nie zapobiega chorobom. Dietę Low FODMAP prowadź z pomocą lekarza, dietetyka lub innego wykwalifikowanego specjalisty.

Dzienniczek zapisuje to, co zostało zauważone, ale nie dowodzi, że jakiś produkt wywołał objawy. Przy niewyjaśnionej utracie wagi, krwawieniu z odbytnicy lub krwawej bieguncie, twardej guzowatości albo obrzęku w jamie brzusznej oraz przy duszności z kołataniem serca i nietypową bladością szukaj pilnej pomocy medycznej, zamiast czekać na wizytę.

MOJE DANE (OPCJONALNIE)

Data rozpoczęcia: _____ Dietetyk lub lekarz: _____

Skala bristolska

Wpisz numer typu, który najlepiej pasuje. Jeśli wahasz się między dwoma, wybierz jeden i dodaj notatkę.

1	Oddzielne twarde grudki
2	Grudkowaty, w kształcie kielbaski
3	W kształcie kielbaski, z pęknięciami
4	Gładki i miękki, jak kielbaska lub wąż
5	Miękkie kawałki o wyraźnych brzegach
6	Papkowaty, o postrzępionych brzegach
7	Wodnisty, bez stałych kawałków

Typy 1 i 2 zwykle zalicza się do zakresu zaparcia, typy 3–5 do zakresu typowego, a typy 6 i 7 do zakresu biegunki. Źródła nieco różnią się co do granic. Źródło: Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. Scand J Gastroenterol 1997;32:920-924.

SKALA OBJAWÓW

0 = brak 1–3 = łagodne 4–6 = umiarkowane 7–10 = silne. Używaj tych znaczeń codziennie, żeby liczby dało się porównywać.

PRZYKŁADOWY WPIS

Godzina	Co	Notatki
12:30	Makaron z sosem pomidorowym w restauracji	Nie wiem, czy był czosnek lub cebula
15:00	Wzdęcia 6, gazy 4	Zaczęły się ok. 2,5 godziny po obiedzie
21:30	Typ 6 w skali bristolskiej	Słaby sen poprzedniej nocy

Wymyślony przykład, który pokazuje, jaki poziom szczegółów pomaga. Nie jest to zalecenie, co jeść.

POSIŁKI I NAPOJE

Godzina	Co zjedzone i wypite (składniki, jeśli znam)	Ilość

OBJAWY 0 = brak, 10 = najsilniejszy. Zapisz, o której zaczął się każdy.

Godzina	Wzdęcia	Gazy	Ból	Parcie	Inne i notatki

WYPRÓŻNIENIA Typ ze skali bristolskiej 1–7, zobacz stronę 2

Godzina	Typ	Notatki

OKOLICZNOŚCI

Sen (godziny, jakość): _____

Stres (0–10): _____ Ruch: _____

Leki i suplementy (z dawkami): _____

Coś nietypowego (podróż, choroba, miesiączka, nowy przepis): _____

POSIŁKI I NAPOJE

Godzina	Co zjedzone i wypite (składniki, jeśli znam)	Ilość

OBJAWY 0 = brak, 10 = najsilniejszy. Zapisz, o której zaczął się każdy.

Godzina	Wzdęcia	Gazy	Ból	Parcie	Inne i notatki

WYPRÓŻNIENIA Typ ze skali bristolskiej 1–7, zobacz stronę 2

Godzina	Typ	Notatki

OKOLICZNOŚCI

Sen (godziny, jakość): _____

Stres (0–10): _____ Ruch: _____

Leki i suplementy (z dawkami): _____

Coś nietypowego (podróż, choroba, miesiączka, nowy przepis): _____

POSIŁKI I NAPOJE

Godzina	Co zjedzone i wypite (składniki, jeśli znam)	Ilość

OBJAWY 0 = brak, 10 = najsilniejszy. Zapisz, o której zaczął się każdy.

Godzina	Wzdęcia	Gazy	Ból	Parcie	Inne i notatki

WYPRÓŻNIENIA Typ ze skali bristolskiej 1–7, zobacz stronę 2

Godzina	Typ	Notatki

OKOLICZNOŚCI

Sen (godziny, jakość): _____

Stres (0–10): _____ Ruch: _____

Leki i suplementy (z dawkami): _____

Coś nietypowego (podróż, choroba, miesiączka, nowy przepis): _____

POSIŁKI I NAPOJE

Godzina	Co zjedzone i wypite (składniki, jeśli znam)	Ilość

OBJAWY 0 = brak, 10 = najsilniejszy. Zapisz, o której zaczął się każdy.

Godzina	Wzdęcia	Gazy	Ból	Parcie	Inne i notatki

WYPRÓŻNIENIA Typ ze skali bristolskiej 1–7, zobacz stronę 2

Godzina	Typ	Notatki

OKOLICZNOŚCI

Sen (godziny, jakość): _____

Stres (0–10): _____ Ruch: _____

Leki i suplementy (z dawkami): _____

Coś nietypowego (podróż, choroba, miesiączka, nowy przepis): _____

POSIŁKI I NAPOJE

Godzina	Co zjedzone i wypite (składniki, jeśli znam)	Ilość

OBJAWY 0 = brak, 10 = najsilniejszy. Zapisz, o której zaczął się każdy.

Godzina	Wzdęcia	Gazy	Ból	Parcie	Inne i notatki

WYPRÓŻNIENIA Typ ze skali bristolskiej 1–7, zobacz stronę 2

Godzina	Typ	Notatki

OKOLICZNOŚCI

Sen (godziny, jakość): _____

Stres (0–10): _____ Ruch: _____

Leki i suplementy (z dawkami): _____

Coś nietypowego (podróż, choroba, miesiączka, nowy przepis): _____

POSIŁKI I NAPOJE

Godzina	Co zjedzone i wypite (składniki, jeśli znam)	Ilość

OBJAWY 0 = brak, 10 = najsilniejszy. Zapisz, o której zaczął się każdy.

Godzina	Wzdęcia	Gazy	Ból	Parcie	Inne i notatki

WYPRÓŻNIENIA Typ ze skali bristolskiej 1–7, zobacz stronę 2

Godzina	Typ	Notatki

OKOLICZNOŚCI

Sen (godziny, jakość): _____

Stres (0–10): _____ Ruch: _____

Leki i suplementy (z dawkami): _____

Coś nietypowego (podróż, choroba, miesiączka, nowy przepis): _____

POSIŁKI I NAPOJE

Godzina	Co zjedzone i wypite (składniki, jeśli znam)	Ilość

OBJAWY 0 = brak, 10 = najsilniejszy. Zapisz, o której zaczął się każdy.

Godzina	Wzdęcia	Gazy	Ból	Parcie	Inne i notatki

WYPRÓŻNIENIA Typ ze skali bristolskiej 1–7, zobacz stronę 2

Godzina	Typ	Notatki

OKOLICZNOŚCI

Sen (godziny, jakość): _____

Stres (0–10): _____ Ruch: _____

Leki i suplementy (z dawkami): _____

Coś nietypowego (podróż, choroba, miesiączka, nowy przepis): _____

POSIŁKI I NAPOJE

Godzina	Co zjedzone i wypite (składniki, jeśli znam)	Ilość

OBJAWY 0 = brak, 10 = najsilniejszy. Zapisz, o której zaczął się każdy.

Godzina	Wzdęcia	Gazy	Ból	Parcie	Inne i notatki

WYPRÓŻNIENIA Typ ze skali bristolskiej 1–7, zobacz stronę 2

Godzina	Typ	Notatki

OKOLICZNOŚCI

Sen (godziny, jakość): _____

Stres (0–10): _____ Ruch: _____

Leki i suplementy (z dawkami): _____

Coś nietypowego (podróż, choroba, miesiączka, nowy przepis): _____

POSIŁKI I NAPOJE

Godzina	Co zjedzone i wypite (składniki, jeśli znam)	Ilość

OBJAWY 0 = brak, 10 = najsilniejszy. Zapisz, o której zaczął się każdy.

Godzina	Wzdęcia	Gazy	Ból	Parcie	Inne i notatki

WYPRÓŻNIENIA Typ ze skali bristolskiej 1–7, zobacz stronę 2

Godzina	Typ	Notatki

OKOLICZNOŚCI

Sen (godziny, jakość): _____

Stres (0–10): _____ Ruch: _____

Leki i suplementy (z dawkami): _____

Coś nietypowego (podróż, choroba, miesiączka, nowy przepis): _____

POSIŁKI I NAPOJE

Godzina	Co zjedzone i wypite (składniki, jeśli znam)	Ilość

OBJAWY 0 = brak, 10 = najsilniejszy. Zapisz, o której zaczął się każdy.

Godzina	Wzdęcia	Gazy	Ból	Parcie	Inne i notatki

WYPRÓŻNIENIA Typ ze skali bristolskiej 1–7, zobacz stronę 2

Godzina	Typ	Notatki

OKOLICZNOŚCI

Sen (godziny, jakość): _____

Stres (0–10): _____ Ruch: _____

Leki i suplementy (z dawkami): _____

Coś nietypowego (podróż, choroba, miesiączka, nowy przepis): _____

POSIŁKI I NAPOJE

Godzina	Co zjedzone i wypite (składniki, jeśli znam)	Ilość

OBJAWY 0 = brak, 10 = najsilniejszy. Zapisz, o której zaczął się każdy.

Godzina	Wzdęcia	Gazy	Ból	Parcie	Inne i notatki

WYPRÓŻNIENIA Typ ze skali bristolskiej 1–7, zobacz stronę 2

Godzina	Typ	Notatki

OKOLICZNOŚCI

Sen (godziny, jakość): _____

Stres (0–10): _____ Ruch: _____

Leki i suplementy (z dawkami): _____

Coś nietypowego (podróż, choroba, miesiączka, nowy przepis): _____

POSIŁKI I NAPOJE

Godzina	Co zjedzone i wypite (składniki, jeśli znam)	Ilość

OBJAWY 0 = brak, 10 = najsilniejszy. Zapisz, o której zaczął się każdy.

Godzina	Wzdęcia	Gazy	Ból	Parcie	Inne i notatki

WYPRÓŻNIENIA Typ ze skali bristolskiej 1–7, zobacz stronę 2

Godzina	Typ	Notatki

OKOLICZNOŚCI

Sen (godziny, jakość): _____

Stres (0–10): _____ Ruch: _____

Leki i suplementy (z dawkami): _____

Coś nietypowego (podróż, choroba, miesiączka, nowy przepis): _____

POSIŁKI I NAPOJE

Godzina	Co zjedzone i wypite (składniki, jeśli znam)	Ilość

OBJAWY 0 = brak, 10 = najsilniejszy. Zapisz, o której zaczął się każdy.

Godzina	Wzdęcia	Gazy	Ból	Parcie	Inne i notatki

WYPRÓŻNIENIA Typ ze skali bristolskiej 1–7, zobacz stronę 2

Godzina	Typ	Notatki

OKOLICZNOŚCI

Sen (godziny, jakość): _____

Stres (0–10): _____ Ruch: _____

Leki i suplementy (z dawkami): _____

Coś nietypowego (podróż, choroba, miesiączka, nowy przepis): _____

POSIŁKI I NAPOJE

Godzina	Co zjedzone i wypite (składniki, jeśli znam)	Ilość

OBJAWY 0 = brak, 10 = najsilniejszy. Zapisz, o której zaczął się każdy.

Godzina	Wzdęcia	Gazy	Ból	Parcie	Inne i notatki

WYPRÓŻNIENIA Typ ze skali bristolskiej 1–7, zobacz stronę 2

Godzina	Typ	Notatki

OKOLICZNOŚCI

Sen (godziny, jakość): _____

Stres (0–10): _____ Ruch: _____

Leki i suplementy (z dawkami): _____

Coś nietypowego (podróż, choroba, miesiączka, nowy przepis): _____

Notatki na wizytę

Zauważone wzorce, pytania do zadania i wszystko, co chcesz zapamiętać.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal 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.

Wolisz telefon?

Bloat Gone zbiera posiłki, objawy i typy ze skali bristolskiej na jednej osi czasu z datami i eksportuje raport PDF lub XLSX za wybrany okres.

App Store | Google Play

Darmowe pobieranie z App Store i Google Play.

Zeskanuj kod, by otworzyć stronę z linkami do obu sklepów, lub wejdź na bloatgone.app/pl/ibs-food-diary

