

Diário de refeições e sintomas low FODMAP (2 semanas)

Duas semanas de refeições, sintomas e formato das fezes no papel, para rever ou levar a uma consulta.

COMO USAR

1. **Anote as coisas logo depois que acontecerem.** A memória se apaga em um dia, principalmente em quantidades e horários.
2. **Refeições e bebidas:** anote o horário, o que foi e mais ou menos quanto. Se não tiver certeza de um ingrediente, escreva isso.
3. **Sintomas:** anote o horário em que cada um começou e dê uma nota de 0 (nenhum) a 10 (o pior).
4. **Evacuações:** anote o horário e o tipo de Bristol da página 2.
5. **Contexto:** sono, estresse, exercício, medicamentos, viagens ou qualquer coisa incomum.
6. **Preencha também os dias bons.** Eles são a base de comparação para os dias mais difíceis.
7. **Mantenha viável.** Se um campo estressar, pule e pergunte à sua nutricionista o que ela quer ver.

Use o diário como apoio à conversa clínica.

O Bloat Gone não é um dispositivo médico. O app não diagnostica, trata, cura nem previne doenças e não substitui a orientação profissional. Siga uma dieta com baixo teor de FODMAPs com acompanhamento de um médico ou nutricionista qualificado.

Um diário registra o que você percebeu; ele não prova que um alimento causou os seus sintomas. Em caso de perda de peso sem explicação, sangramento retal ou diarreia com sangue, um caroço duro ou inchaço no abdômen, ou falta de ar com palpitações e palidez incomum, procure atendimento médico urgente em vez de esperar por uma consulta.

MEUS DADOS (OPCIONAL)

Data de início: _____ Nutricionista ou médico: _____

bloatgone.app

Escala de Bristol

Escreva o número do tipo mais próximo. Se ficar em dúvida entre dois, escolha um e acrescente uma observação.

1	Bolinhas duras e separadas
2	Fezes em forma de salsicha, mas com caroços
3	Fezes em forma de salsicha, com rachaduras
4	Fezes lisas e macias, em forma de salsicha ou serpente
5	Pedaços macios com bordas bem definidas
6	Fezes pastosas com bordas irregulares
7	Fezes aquosas, sem partes sólidas

Os tipos 1 e 2 costumam ser agrupados como faixa de constipação, os tipos 3 a 5 como faixa habitual e os tipos 6 e 7 como faixa de diarreia. As fontes divergem um pouco quanto aos limites. Fonte: Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. Scand J Gastroenterol 1997;32:920-924.

ESCALA DE SINTOMAS

0 = nenhum 1 a 3 = leve 4 a 6 = moderado 7 a 10 = intenso. Use o mesmo significado todos os dias, para os números continuarem comparáveis.

UM EXEMPLO DE REGISTRO

Horário	O quê	Observações
12:30	Macarrão com molho de tomate no restaurante	Não sei se tinha alho ou cebola
15:00	Inchaço 6, gases 4	Começou cerca de 2h30 depois do almoço
21:30	Tipo 6 de Bristol	Dormi mal na noite anterior

Um exemplo inventado para mostrar o nível de detalhe que ajuda. Não é uma recomendação do que comer.

REFEIÇÕES E BEBIDAS

Horário	O que comi e bebi (ingredientes, se souber)	Quantidade

SINTOMAS 0 = nenhum, 10 = o pior. Escreva a hora em que cada um começou.

Horário	Inchaço	Gases	Dor	Urgência	Outros e observações

EVACUAÇÕES Tipo de Bristol de 1 a 7, veja a página 2

Horário	Tipo	Observações

CONTEXTO

Sono (horas, qualidade): _____

Estresse (0 a 10): _____ Exercício: _____

Medicamentos e suplementos (com doses): _____

Algo incomum (viagem, doença, menstruação, receita nova): _____

REFEIÇÕES E BEBIDAS

Horário	O que comi e bebi (ingredientes, se souber)	Quantidade

SINTOMAS 0 = nenhum, 10 = o pior. Escreva a hora em que cada um começou.

Horário	Inchaço	Gases	Dor	Urgência	Outros e observações

EVACUAÇÕES Tipo de Bristol de 1 a 7, veja a página 2

Horário	Tipo	Observações

CONTEXTO

Sono (horas, qualidade): _____

Estresse (0 a 10): _____ Exercício: _____

Medicamentos e suplementos (com doses): _____

Algo incomum (viagem, doença, menstruação, receita nova): _____

REFEIÇÕES E BEBIDAS

Horário	O que comi e bebi (ingredientes, se souber)	Quantidade

SINTOMAS 0 = nenhum, 10 = o pior. Escreva a hora em que cada um começou.

Horário	Inchaço	Gases	Dor	Urgência	Outros e observações

EVACUAÇÕES Tipo de Bristol de 1 a 7, veja a página 2

Horário	Tipo	Observações

CONTEXTO

Sono (horas, qualidade): _____

Estresse (0 a 10): _____ Exercício: _____

Medicamentos e suplementos (com doses): _____

Algo incomum (viagem, doença, menstruação, receita nova): _____

REFEIÇÕES E BEBIDAS

Horário	O que comi e bebi (ingredientes, se souber)	Quantidade

SINTOMAS 0 = nenhum, 10 = o pior. Escreva a hora em que cada um começou.

Horário	Inchaço	Gases	Dor	Urgência	Outros e observações

EVACUAÇÕES Tipo de Bristol de 1 a 7, veja a página 2

Horário	Tipo	Observações

CONTEXTO

Sono (horas, qualidade): _____

Estresse (0 a 10): _____ Exercício: _____

Medicamentos e suplementos (com doses): _____

Algo incomum (viagem, doença, menstruação, receita nova): _____

REFEIÇÕES E BEBIDAS

Horário	O que comi e bebi (ingredientes, se souber)	Quantidade

SINTOMAS 0 = nenhum, 10 = o pior. Escreva a hora em que cada um começou.

Horário	Inchaço	Gases	Dor	Urgência	Outros e observações

EVACUAÇÕES Tipo de Bristol de 1 a 7, veja a página 2

Horário	Tipo	Observações

CONTEXTO

Sono (horas, qualidade): _____

Estresse (0 a 10): _____ Exercício: _____

Medicamentos e suplementos (com doses): _____

Algo incomum (viagem, doença, menstruação, receita nova): _____

REFEIÇÕES E BEBIDAS

Horário	O que comi e bebi (ingredientes, se souber)	Quantidade

SINTOMAS 0 = nenhum, 10 = o pior. Escreva a hora em que cada um começou.

Horário	Inchaço	Gases	Dor	Urgência	Outros e observações

EVACUAÇÕES Tipo de Bristol de 1 a 7, veja a página 2

Horário	Tipo	Observações

CONTEXTO

Sono (horas, qualidade): _____

Estresse (0 a 10): _____ Exercício: _____

Medicamentos e suplementos (com doses): _____

Algo incomum (viagem, doença, menstruação, receita nova): _____

REFEIÇÕES E BEBIDAS

Horário	O que comi e bebi (ingredientes, se souber)	Quantidade

SINTOMAS 0 = nenhum, 10 = o pior. Escreva a hora em que cada um começou.

Horário	Inchaço	Gases	Dor	Urgência	Outros e observações

EVACUAÇÕES Tipo de Bristol de 1 a 7, veja a página 2

Horário	Tipo	Observações

CONTEXTO

Sono (horas, qualidade): _____

Estresse (0 a 10): _____ Exercício: _____

Medicamentos e suplementos (com doses): _____

Algo incomum (viagem, doença, menstruação, receita nova): _____

REFEIÇÕES E BEBIDAS

Horário	O que comi e bebi (ingredientes, se souber)	Quantidade

SINTOMAS 0 = nenhum, 10 = o pior. Escreva a hora em que cada um começou.

Horário	Inchaço	Gases	Dor	Urgência	Outros e observações

EVACUAÇÕES Tipo de Bristol de 1 a 7, veja a página 2

Horário	Tipo	Observações

CONTEXTO

Sono (horas, qualidade): _____

Estresse (0 a 10): _____ Exercício: _____

Medicamentos e suplementos (com doses): _____

Algo incomum (viagem, doença, menstruação, receita nova): _____

REFEIÇÕES E BEBIDAS

Horário	O que comi e bebi (ingredientes, se souber)	Quantidade

SINTOMAS 0 = nenhum, 10 = o pior. Escreva a hora em que cada um começou.

Horário	Inchaço	Gases	Dor	Urgência	Outros e observações

EVACUAÇÕES Tipo de Bristol de 1 a 7, veja a página 2

Horário	Tipo	Observações

CONTEXTO

Sono (horas, qualidade): _____

Estresse (0 a 10): _____ Exercício: _____

Medicamentos e suplementos (com doses): _____

Algo incomum (viagem, doença, menstruação, receita nova): _____

REFEIÇÕES E BEBIDAS

Horário	O que comi e bebi (ingredientes, se souber)	Quantidade

SINTOMAS 0 = nenhum, 10 = o pior. Escreva a hora em que cada um começou.

Horário	Inchaço	Gases	Dor	Urgência	Outros e observações

EVACUAÇÕES Tipo de Bristol de 1 a 7, veja a página 2

Horário	Tipo	Observações

CONTEXTO

Sono (horas, qualidade): _____

Estresse (0 a 10): _____ Exercício: _____

Medicamentos e suplementos (com doses): _____

Algo incomum (viagem, doença, menstruação, receita nova): _____

REFEIÇÕES E BEBIDAS

Horário	O que comi e bebi (ingredientes, se souber)	Quantidade

SINTOMAS 0 = nenhum, 10 = o pior. Escreva a hora em que cada um começou.

Horário	Inchaço	Gases	Dor	Urgência	Outros e observações

EVACUAÇÕES Tipo de Bristol de 1 a 7, veja a página 2

Horário	Tipo	Observações

CONTEXTO

Sono (horas, qualidade): _____

Estresse (0 a 10): _____ Exercício: _____

Medicamentos e suplementos (com doses): _____

Algo incomum (viagem, doença, menstruação, receita nova): _____

REFEIÇÕES E BEBIDAS

Horário	O que comi e bebi (ingredientes, se souber)	Quantidade

SINTOMAS 0 = nenhum, 10 = o pior. Escreva a hora em que cada um começou.

Horário	Inchaço	Gases	Dor	Urgência	Outros e observações

EVACUAÇÕES Tipo de Bristol de 1 a 7, veja a página 2

Horário	Tipo	Observações

CONTEXTO

Sono (horas, qualidade): _____

Estresse (0 a 10): _____ Exercício: _____

Medicamentos e suplementos (com doses): _____

Algo incomum (viagem, doença, menstruação, receita nova): _____

REFEIÇÕES E BEBIDAS

Horário	O que comi e bebi (ingredientes, se souber)	Quantidade

SINTOMAS 0 = nenhum, 10 = o pior. Escreva a hora em que cada um começou.

Horário	Inchaço	Gases	Dor	Urgência	Outros e observações

EVACUAÇÕES Tipo de Bristol de 1 a 7, veja a página 2

Horário	Tipo	Observações

CONTEXTO

Sono (horas, qualidade): _____

Estresse (0 a 10): _____ Exercício: _____

Medicamentos e suplementos (com doses): _____

Algo incomum (viagem, doença, menstruação, receita nova): _____

REFEIÇÕES E BEBIDAS

Horário	O que comi e bebi (ingredientes, se souber)	Quantidade

SINTOMAS 0 = nenhum, 10 = o pior. Escreva a hora em que cada um começou.

Horário	Inchaço	Gases	Dor	Urgência	Outros e observações

EVACUAÇÕES Tipo de Bristol de 1 a 7, veja a página 2

Horário	Tipo	Observações

CONTEXTO

Sono (horas, qualidade): _____

Estresse (0 a 10): _____ Exercício: _____

Medicamentos e suplementos (com doses): _____

Algo incomum (viagem, doença, menstruação, receita nova): _____

Anotações para a minha consulta

Padrões que você notou, perguntas a fazer e tudo o que quiser lembrar.

[illegible]

Prefero o celular?

O Bloat Gone reúne refeições, sintomas e tipos de Bristol em uma linha do tempo com datas e exporta um relatório em PDF ou XLSX para as datas que você escolher.

App Store | Google Play

Download gratuito na App Store e no Google Play.

Escaneie o código para abrir a página com os links das duas lojas, ou acesse bloatgone.app/pt/ibs-food-diary

