

JOURNAL QUOTIDIEN DES SYMPTOMES INTESTINAUX

Ce journal a pour but de collecter des informations sur vos problèmes intestinaux et ces relations avec votre vie quotidienne. En remplissant les différents rubriques et en décrivant au besoin vos symptômes votre médecin pourra mieux comprendre la nature de votre problème et y apporter des solutions.

Si une rubrique est incomplète ou que vous désirez faire des commentaires supplémentaires vous pouvez les faire au verso de chaque page. Lorsque la rubrique le permet (*) veuillez indiquer la sévérité du symptôme par 1 (pour légère), 2 (pour modérée) ou 3 (pour sévère).

Date							
Activités courantes (travail, loisirs)	<input type="checkbox"/> aucune, <input type="checkbox"/> légère, <input type="checkbox"/> modérée, <input type="checkbox"/> intense	<input type="checkbox"/> aucune, <input type="checkbox"/> légère, <input type="checkbox"/> modérée, <input type="checkbox"/> intense	<input type="checkbox"/> aucune, <input type="checkbox"/> légère, <input type="checkbox"/> modérée, <input type="checkbox"/> intense	<input type="checkbox"/> aucune, <input type="checkbox"/> légère, <input type="checkbox"/> modérée, <input type="checkbox"/> intense	<input type="checkbox"/> aucune, <input type="checkbox"/> légère, <input type="checkbox"/> modérée, <input type="checkbox"/> intense	<input type="checkbox"/> aucune, <input type="checkbox"/> légère, <input type="checkbox"/> modérée, <input type="checkbox"/> intense	<input type="checkbox"/> aucune, <input type="checkbox"/> légère, <input type="checkbox"/> modérée, <input type="checkbox"/> intense
Alimentation	<input type="checkbox"/> céréales, <input type="checkbox"/> légumes, <input type="checkbox"/> fruits,	<input type="checkbox"/> céréales, <input type="checkbox"/> légumes, <input type="checkbox"/> fruits,	<input type="checkbox"/> céréales, <input type="checkbox"/> légumes, <input type="checkbox"/> fruits,	<input type="checkbox"/> céréales, <input type="checkbox"/> légumes, <input type="checkbox"/> fruits,	<input type="checkbox"/> céréales, <input type="checkbox"/> légumes, <input type="checkbox"/> fruits,	<input type="checkbox"/> céréales, <input type="checkbox"/> légumes, <input type="checkbox"/> fruits,	<input type="checkbox"/> céréales, <input type="checkbox"/> légumes, <input type="checkbox"/> fruits,
Apport liquidien	<input type="checkbox"/> 0- ½ l., <input type="checkbox"/> env. 1 l. <input type="checkbox"/> env. 1.5 l. <input type="checkbox"/> env. 2 l.	<input type="checkbox"/> 0- ½ l., <input type="checkbox"/> env. 1 l. <input type="checkbox"/> env. 1.5 l. <input type="checkbox"/> env. 2 l.	<input type="checkbox"/> 0- ½ l., <input type="checkbox"/> env. 1 l. <input type="checkbox"/> env. 1.5 l. <input type="checkbox"/> env. 2 l.	<input type="checkbox"/> 0- ½ l., <input type="checkbox"/> env. 1 l. <input type="checkbox"/> env. 1.5 l. <input type="checkbox"/> env. 2 l.	<input type="checkbox"/> 0- ½ l., <input type="checkbox"/> env. 1 l. <input type="checkbox"/> env. 1.5 l. <input type="checkbox"/> env. 2 l.	<input type="checkbox"/> 0- ½ l., <input type="checkbox"/> env. 1 l. <input type="checkbox"/> env. 1.5 l. <input type="checkbox"/> env. 2 l.	<input type="checkbox"/> 0- ½ l., <input type="checkbox"/> env. 1 l. <input type="checkbox"/> env. 1.5 l. <input type="checkbox"/> env. 2 l.
Nombre d'évacuation volontaire							
Difficulté pour aller à selles, pour évacuer	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *
Consistance des selles	<input type="checkbox"/> durs, <input type="checkbox"/> formées, <input type="checkbox"/> molles, <input type="checkbox"/> liquides	<input type="checkbox"/> durs, <input type="checkbox"/> formées, <input type="checkbox"/> molles, <input type="checkbox"/> liquides	<input type="checkbox"/> durs, <input type="checkbox"/> formées, <input type="checkbox"/> molles, <input type="checkbox"/> liquides	<input type="checkbox"/> durs, <input type="checkbox"/> formées, <input type="checkbox"/> molles, <input type="checkbox"/> liquides	<input type="checkbox"/> durs, <input type="checkbox"/> formées, <input type="checkbox"/> molles, <input type="checkbox"/> liquides	<input type="checkbox"/> durs, <input type="checkbox"/> formées, <input type="checkbox"/> molles, <input type="checkbox"/> liquides	<input type="checkbox"/> durs, <input type="checkbox"/> formées, <input type="checkbox"/> molles, <input type="checkbox"/> liquides
Ballonnement, crampes, gêne, douleurs abdominales?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *
Intestins ont affectés la journée	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, *
Médicaments (TOUS)							
Thérapies (TOUTES)							
Humeur - état psychologique	<input type="checkbox"/> normal, <input type="checkbox"/> mauvais, <input type="checkbox"/> bon, <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal, <input type="checkbox"/> mauvais, <input type="checkbox"/> bon, <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal, <input type="checkbox"/> mauvais, <input type="checkbox"/> bon, <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal, <input type="checkbox"/> mauvais, <input type="checkbox"/> bon, <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal, <input type="checkbox"/> mauvais, <input type="checkbox"/> bon, <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal, <input type="checkbox"/> mauvais, <input type="checkbox"/> bon, <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal, <input type="checkbox"/> mauvais, <input type="checkbox"/> bon, <input type="checkbox"/>
Remarques (au verso si nécessaire)							