DIARIO ALIMENTARE

di (Nome e Cognome)_____
età _____
Peso _____
Altezza _____
Gruppo sanguigno_____

<u>Inserire una valutazione dei sintomi e un commento dopo ogni pasto in base a queste indicazioni</u>
(non è necessario tenere conto di tutte le indicazioni ogni volta, ma solo dei fenomeni più rilevanti):

1. La digestione è avvenuta normalmente o è stata più lenta?
2. Si notano dolore o disturbi intestinali o gonfiore?
3. Si nota un peggioramento dei fenomeni di infiammazione locale o generale?
4. Si percepisce catarro nelle vie respiratorie, tosse o si verificano starnuti?
5. Si notano disturbi dermatologici (infiammazioni cutanee, dermatiti, screpolature, lesioni cutanee, arrossamenti non causati da sfregamento)?
6. Si notano dolori articolari o muscolari o formicolii o addormentamento di mani, piedi, dita?
7. Si nota perdita di lucidità o addormentamento?
8. Ci sono fastidi uditivi o visivi?
9. Si nota perdita di prontezza intellettuale o cognitiva?
10. C'è stato un peggioramento o miglioramento dell'umore generale?
11. Si percepisce ansia o depressione?
12. Si percepisce stanchezza?

ABBINAMENTO (facoltativo, SE LO SI DESIDERA SI PUO' INDICARE L' ABBINAMENTO TRA CATEGORIE DI ALIMENTI)
Es.: legumi con pesce o carne o uova, cereali con pesce o verdure, uova con pseudocereali e verdure.
Si esplicita l'abbinamento a solo scopo indicativo e per tenere memoria delle combinazioni più frequenti del pasto. Non è indispensabile.

Nella valutazione dell'alimento o dell'abbinamento si può inserire una X nella colonna BENEFICO, NEUTRO O DANNOSO. La valutazione dell'abbinamento non è strettamente necessaria, ma può essere utile. Si può valutare sia l'abbinamento tra categorie di alimenti, sia tra alimenti specifici (es.: legumi e pesce oppure tonno e piselli).

Lunedì

COLAZIONE	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	

SPUNTINO	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Lo spuntino è stato necessario? Sì /No (barrare la risposta corretta) **Valutazione sintomi e commento**	

PRANZO	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	

SPUNTINO	ORARIO
Alimenti	
Abbinamento	
Lo spuntino è stato necessario? Sì /No (barrare la risposta corretta) **Valutazione sintomi e commento**	
CENA	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	

ALIMENTO	BENEFICO	NEUTRO	DANNOSO

ABBINAMENTO	BENEFICO	NEUTRO	DANNOSO

Martedì

COLAZIONE	ORARIO
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	

SPUNTINO	ORARIO
Alimenti	
Abbinamento	
Lo spuntino è stato necessario? Sì /No (barrare la risposta corretta) **Valutazione sintomi e commento**	

PRANZO	ORARIO
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	

SPUNTINO	ORARIO
Alimenti	
Abbinamento	
Lo spuntino è stato necessario? Sì /No (barrare la risposta corretta) **Valutazione sintomi e commento**	
CENA	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	

ALIMENTO	BENEFICO	NEUTRO	DANNOSO

ABBINAMENTO	BENEFICO	NEUTRO	DANNOSO

Mercoledì

COLAZIONE	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	
SPUNTINO	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Lo spuntino è stato necessario? Sì /No (barrare la risposta corretta) **Valutazione sintomi e commento**	
PRANZO	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	
SPUNTINO	**ORARIO**

Alimenti
Abbinamento
Lo spuntino è stato necessario? Sì /No (barrare la risposta corretta) **Valutazione sintomi e commento**

CENA	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	

ALIMENTO	**BENEFICO**	**NEUTRO**	**DANNOSO**

ABBINAMENTO	BENEFICO	NEUTRO	DANNOSO

Giovedì

COLAZIONE	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	
SPUNTINO	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Lo spuntino è stato necessario? Sì /No (barrare la risposta corretta) **Valutazione sintomi e commento**	
PRANZO	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	
SPUNTINO	**ORARIO**

Alimenti
Abbinamento
Lo spuntino è stato necessario? Sì /No (barrare la risposta corretta) **Valutazione sintomi e commento**

CENA	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	

ALIMENTO	**BENEFICO**	**NEUTRO**	**DANNOSO**

ABBINAMENTO	BENEFICO	NEUTRO	DANNOSO

Venerdì

COLAZIONE	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	
SPUNTINO	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Lo spuntino è stato necessario? Sì /No (barrare la risposta corretta) **Valutazione sintomi e commento**	
PRANZO	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	
SPUNTINO	**ORARIO**

Alimenti
Abbinamento
Lo spuntino è stato necessario? Sì /No (barrare la risposta corretta) **Valutazione sintomi e commento**

CENA	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	

ALIMENTO	**BENEFICO**	**NEUTRO**	**DANNOSO**

ABBINAMENTO	BENEFICO	NEUTRO	DANNOSO

Sabato

COLAZIONE	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	
SPUNTINO	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Lo spuntino è stato necessario? Sì /No (barrare la risposta corretta) **Valutazione sintomi e commento**	
PRANZO	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	
SPUNTINO	**ORARIO**

Alimenti
Abbinamento
Lo spuntino è stato necessario? Sì /No (barrare la risposta corretta) **Valutazione sintomi e commento**

CENA	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	

ALIMENTO	**BENEFICO**	**NEUTRO**	**DANNOSO**

ABBINAMENTO	BENEFICO	NEUTRO	DANNOSO

Domenica

COLAZIONE	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	
SPUNTINO	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Lo spuntino è stato necessario? Sì /No (barrare la risposta corretta) **Valutazione sintomi e commento**	
PRANZO	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	
SPUNTINO	**ORARIO**

Alimenti
Abbinamento
Lo spuntino è stato necessario? Sì /No (barrare la risposta corretta) **Valutazione sintomi e commento**

CENA	**ORARIO**
Alimenti	
Abbinamento	
Valutazione sintomi e commento	

ALIMENTO	**BENEFICO**	**NEUTRO**	**DANNOSO**

ABBINAMENTO	BENEFICO	NEUTRO	DANNOSO