

DZIENNIK OBJAWÓW

Każdego dnia stosowania diety obserwuj uważnie swój organizm. Jest to bardzo istotne, ponieważ Twoje objawy mogą bardzo wiele powiedzieć na temat Twojego stanu zdrowia i tego, co Ci służy, a co nie. Dotyczy to zarówno pojedynczych produktów, jak i ich połączeń, czy też technik przygotowywania potraw. Zapisuj wszystko, łącznie z objawami, które wydają Ci się zupełnie niezwiązane z reakcją na jedzenie. Jeśli nic się nie dzieje, to postaw po prostu kreskę w danej rubryce. Dziennik możesz uzupełniać każdego dnia wieczorem, ale najlepiej w miarę możliwości robić to na bieżąco - przy okazji jedzenia wpisywać samopoczucie po poprzednim posiłku.

PONIEDZIAŁEK data:.....

| POSIŁEK | GODZINA | SAMOPOCZUCIE PO POSIŁKU | | | |
|---------|---------|----------------------------|---|---|------------|
| | | Senność, spadki energii | Zgaga, wzdęcia, gazy, biegunka, zaparcia, bóle brzucha, mdłości, uczucie ciężkości | Bóle głowy, zawroty głowy, migreny | Inne (co?) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

WTOREK data:.....

| POSIŁEK (np. śniadanie) | GODZINA | SAMOPOCZUCIE PO POSIŁKU | | | |
|-------------------------------|---------|----------------------------|---|---|------------|
| | | Senność, spadki energii | Zgaga, wzdęcia, gazy, biegunka, zaparcia, bóle brzucha, mdłości, uczucie ciężkości | Bóle głowy, zawroty głowy, migreny | Inne (co?) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ŚRODA data:.....

| POSIŁEK (np. śniadanie) | GODZINA | SAMOPOCZUCIE PO POSIŁKU | | | |
|-------------------------------|---------|----------------------------|---|---|------------|
| | | Senność, spadki energii | Zgaga, wzdęcia, gazy, biegunka, zaparcia, bóle brzucha, mdłości, uczucie ciężkości | Bóle głowy, zawroty głowy, migreny | Inne (co?) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

CZWARTEK data:.....

| POSIŁEK (np. śniadanie) | GODZINA | SAMOPOCZUCIE PO POSIŁKU | | | |
|-------------------------------|---------|----------------------------|---|---|------------|
| | | Senność, spadki energii | Zgaga, wzdęcia, gazy, biegunka, zaparcia, bóle brzucha, mdłości, uczucie ciężkości | Bóle głowy, zawroty głowy, migreny | Inne (co?) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

PIĄTEK data:.....

| POSIŁEK (np. śniadanie) | GODZINA | SAMOPOCZUCIE PO POSIŁKU | | | |
|-------------------------------|---------|----------------------------|---|---|------------|
| | | Senność, spadki energii | Zgaga, wzdęcia, gazy, biegunka, zaparcia, bóle brzucha, mdłości, uczucie ciężkości | Bóle głowy, zawroty głowy, migreny | Inne (co?) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

SOBOTA data:.....

| POSIŁEK (np. śniadanie) | GODZINA | SAMOPOCZUCIE PO POSIŁKU | | | |
|-------------------------------|---------|----------------------------|---|---|------------|
| | | Senność, spadki energii | Zgaga, wzdęcia, gazy, biegunka, zaparcia, bóle brzucha, mdłości, uczucie ciężkości | Bóle głowy, zawroty głowy, migreny | Inne (co?) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

NIEDZIELA data:.....

| POSIŁEK (np. śniadanie) | GODZINA | SAMOPOCZUCIE PO POSIŁKU | | | |
|-------------------------------|---------|----------------------------|---|---|------------|
| | | Senność, spadki energii | Zgaga, wzdęcia, gazy, biegunka, zaparcia, bóle brzucha, mdłości, uczucie ciężkości | Bóle głowy, zawroty głowy, migreny | Inne (co?) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |