

DZIENNIK ŻYWIENIOWY

Dziennik żywieniowy stanowi uzupełnienie do kwestionariusza zdrowotno-żywieniowego i jest drugim niezbędnym elementem do rozpoczęcia współpracy. Rzetelne wypełnienie dziennika pozwoli na wychwycenie błędów żywieniowych i odpowiednie dopasowanie strategii terapii dietetycznej. Dziennik należy prowadzić przez minimum 5 do 7 dni.

Proszę o zanotowanie w dzienniku:

- wszystkich spożywanych w ciągu doby produktów żywnościowych oraz wypijanych płynów – nawet jeśli będzie to niewielka ilość, np. 2 śliwki, garść orzechów, kawa z mlekiem, lampka wina;
- wszelkich dodatków – np. łyżeczka cukru, trochę mleka do kawy, przyprawa Maggi itp.;
- godziny posiłków i przekąsek;
- ilości spożywanych posiłków – zapisów można dokonywać przy użyciu miar domowych, np. łyżeczka, pół szklanki, kromka lub gramatury, np. 200 g. lub w przybliżeniu, np. 1/4 talerza ryżu, 1/3 talerza ziemniaków, 2 kotlety mielone, pół ogórka kiszzonego itp.;
- samopoczucia po posiłku, objawów i dolegliwości jakie towarzyszą w trakcie dnia;
- pory dnia, a najlepiej godziny kiedy występują objawy;
- emocji, które towarzyszą w ciągu dnia (np. rozdrażnienie, smutek, depresja) oraz stopnia energii życiowej (np. niski stopień energii);
- poczucia głodu po posiłku (1-2 godziny) – np. brak poczucia głodu; lekkie uczucie głodu; głodny(a).

Można posługiwać się nazwami własnymi produktów, które są zjadane – np. krem Nutella, hot-dog z McDonalda, Jogobella truskawkowa.

Dziennik należy wypełnić zgodnie z prawdą.

Dziennik przykładowy:

Godzina	Rodzaj posiłku i miejsce posiłku	Posiłek/Skład posiłku	Ilość/Masa/Objętość	Poczucie głodu po posiłku: brak uczucia głodu; lekkie uczucie głodu; głodny(a)	Samopoczucie/Objawy/Dolegliwości – przed posiłkiem/ po posiłku/ godzina objawu
DZIEŃ TYGODNIA: PONIEDZIAŁEK					
8:00	Śniadanie/DOM	Mleko, płatki owsiane	1 miska	Lekkie uczucie głodu	Po przebudzeniu: Ból głowy, Zaparcie, Zapchany nos, niewyraźne widzenie 20 min po posiłku: Senność
9:30	Przekąska/NA MIEŚCIE	Baton zbożowy Filiżanka kawy bez mleka z cukrem	1 szt. 1 szt.	Lekkie uczucie głodu	Ok. 10.00 - Zmęczenie, Senność, Smutek, częste odchrząkiwanie
12:00	Obiad/PRACA	Makaron pszenny Mięso mielone Sos pomidorowy z torebki WINIARY Herbata	3 garści ok. 250 g 1 opakowanie 1 szklanka	Głodny	Bezpośrednio po posiłku: Senność, Brak energii, W godzinę po posiłku: Wzdęcia, Gazy
18:00	Kolacja/DOM	Jajko na miękko Majonez Chleb pszenny	2 szt. 2 łyżeczki 2 kromki	Lekkie uczucie głodu	Po posiłku: Przejedzenie Wzdęcia, Brak energii Ok. 19.30 Pryszcz na brodzie
20:00	Przekąska/DOM	Jabłko	1 szt.	Głodny	Godz. 20.30 Senność, Ból biodra, Zaparcie, ok. 22.00 Wysypka na dekolcie

[illegible]

[illegible]



Godzina	Rodzaj posiłku i miejsce posiłku	Posiłek/Skład posiłku	Ilość/Masa/Objętość	Poczucie głodu po posiłku: brak uczucia głodu; lekkie uczucie głodu; głodny(a)	Samopoczucie/ Objawy/Dolegliwości – przed posiłkiem/ po posiłku/ godzina objawu
3 DZIEŃ TYGODNIA					

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]