



RELEVÉ QUOTIDIEN SUR 7 JOURS DES ELEMENTS CLINIQUES DU CDAI

NOM PRENOM :

Date de la prochaine
consultation :

**7 Jours précédents
la prochaine consultation**

DATES

1. Nombre de selles liquides ou très molles							
2. Douleurs abdominales (0 aucune ; 1 légères ; 2 moyennes ; 3 fortes)							
3. Bien-être général (0 bon ; 1 moyen ; 2 médiocre ; 3 mauvais ; 4 très mauvais)							

Poids :

INSTRUCTIONS :

Remplir ce formulaire chaque jour avant le coucher, votre réponse doit se rapporter aux 24 heures précédentes.
Ne pas vous tromper de colonne.