



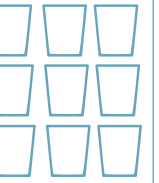









DIARIO DELLA TOILETTE

Sappiamo che può essere imbarazzante parlare delle proprie abitudini in tema di regolarità intestinale, ma è importante riuscire a farlo per trovare il trattamento migliore per la tua situazione. Ecco perché compilare questo “diario della toilette” può aiutarti a parlarne con il tuo medico: potrai semplicemente consegnarglielo.

Stampa questo diario e compilalo, per almeno due settimane. Sarà sufficiente spuntare le icone per tenere traccia di quel che hai rilevato.

Questi dettagli possono aiutare il tuo medico ad avere un quadro della tua situazione così che possa essere affrontata nel modo migliore.

	Esempio compilato	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO	DOMENICA
1° Trattamento per il dolore: _____ Dosaggio: _____ 2° Trattamento: _____ Dosaggio: _____	Spunta la risposta Mattino <input checked="" type="radio"/> 1° <input type="radio"/> 2° Pranzo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Pomeriggio <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sera <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Altro <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Mattino <input type="radio"/> 1° <input type="radio"/> 2° Pranzo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Pomeriggio <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sera <input type="radio"/> <input type="radio"/> Altro <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Mattino <input type="radio"/> 1° <input type="radio"/> 2° Pranzo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Pomeriggio <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sera <input type="radio"/> <input type="radio"/> Altro <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Mattino <input type="radio"/> 1° <input type="radio"/> 2° Pranzo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Pomeriggio <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sera <input type="radio"/> <input type="radio"/> Altro <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Mattino <input type="radio"/> 1° <input type="radio"/> 2° Pranzo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Pomeriggio <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sera <input type="radio"/> <input type="radio"/> Altro <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Mattino <input type="radio"/> 1° <input type="radio"/> 2° Pranzo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Pomeriggio <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sera <input type="radio"/> <input type="radio"/> Altro <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Mattino <input type="radio"/> 1° <input type="radio"/> 2° Pranzo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Pomeriggio <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sera <input type="radio"/> <input type="radio"/> Altro <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Mattino <input type="radio"/> 1° <input type="radio"/> 2° Pranzo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Pomeriggio <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sera <input type="radio"/> <input type="radio"/> Altro <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Hai mangiato frutta o verdura oggi? 	Colazione <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Pranzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Colazione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pranzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Colazione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pranzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Colazione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pranzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Colazione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pranzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Colazione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pranzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Colazione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pranzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Colazione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pranzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Quanta acqua hai bevuto oggi?  = 200ml								
Hai fatto qualche attività sportiva oggi? (anche una camminata veloce conta) 	0 (per nulla) <input type="checkbox"/> 1 (leggera) <input type="checkbox"/> 2 (moderata) <input checked="" type="checkbox"/> 3 (normale) <input type="checkbox"/> 4 (impegnativa) <input type="checkbox"/> 5 (intensa) <input type="checkbox"/>	0 (per nulla) <input type="checkbox"/> 1 (leggera) <input type="checkbox"/> 2 (moderata) <input type="checkbox"/> 3 (normale) <input type="checkbox"/> 4 (impegnativa) <input type="checkbox"/> 5 (intensa) <input type="checkbox"/>	0 (per nulla) <input type="checkbox"/> 1 (leggera) <input type="checkbox"/> 2 (moderata) <input type="checkbox"/> 3 (normale) <input type="checkbox"/> 4 (impegnativa) <input type="checkbox"/> 5 (intensa) <input type="checkbox"/>	0 (per nulla) <input type="checkbox"/> 1 (leggera) <input type="checkbox"/> 2 (moderata) <input type="checkbox"/> 3 (normale) <input type="checkbox"/> 4 (impegnativa) <input type="checkbox"/> 5 (intensa) <input type="checkbox"/>	0 (per nulla) <input type="checkbox"/> 1 (leggera) <input type="checkbox"/> 2 (moderata) <input type="checkbox"/> 3 (normale) <input type="checkbox"/> 4 (impegnativa) <input type="checkbox"/> 5 (intensa) <input type="checkbox"/>	0 (per nulla) <input type="checkbox"/> 1 (leggera) <input type="checkbox"/> 2 (moderata) <input type="checkbox"/> 3 (normale) <input type="checkbox"/> 4 (impegnativa) <input type="checkbox"/> 5 (intensa) <input type="checkbox"/>	0 (per nulla) <input type="checkbox"/> 1 (leggera) <input type="checkbox"/> 2 (moderata) <input type="checkbox"/> 3 (normale) <input type="checkbox"/> 4 (impegnativa) <input type="checkbox"/> 5 (intensa) <input type="checkbox"/>	0 (per nulla) <input type="checkbox"/> 1 (leggera) <input type="checkbox"/> 2 (moderata) <input type="checkbox"/> 3 (normale) <input type="checkbox"/> 4 (impegnativa) <input type="checkbox"/> 5 (intensa) <input type="checkbox"/>
	Esempio compilato	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO	DOMENICA
Quale situazione, fra queste, hai provato oggi? 	<input checked="" type="checkbox"/> evacuazione spontanea <input type="checkbox"/> Necessità di Sforzo <input type="checkbox"/> Feci grumose o dure <input type="checkbox"/> Sensazione di blocco/ ostruzione anorettale <input checked="" type="checkbox"/> Sensazione di evacuazione incompleta <input type="checkbox"/> Necessità di manovra manuale	<input type="checkbox"/> evacuazione spontanea <input type="checkbox"/> Necessità di Sforzo <input type="checkbox"/> Feci grumose o dure <input type="checkbox"/> Sensazione di blocco/ ostruzione anorettale <input type="checkbox"/> Sensazione di evacuazione incompleta <input type="checkbox"/> Necessità di manovra manuale	<input type="checkbox"/> evacuazione spontanea <input type="checkbox"/> Necessità di Sforzo <input type="checkbox"/> Feci grumose o dure <input type="checkbox"/> Sensazione di blocco/ ostruzione anorettale <input type="checkbox"/> Sensazione di evacuazione incompleta <input type="checkbox"/> Necessità di manovra manuale	<input type="checkbox"/> evacuazione spontanea <input type="checkbox"/> Necessità di Sforzo <input type="checkbox"/> Feci grumose o dure <input type="checkbox"/> Sensazione di blocco/ ostruzione anorettale <input type="checkbox"/> Sensazione di evacuazione incompleta <input type="checkbox"/> Necessità di manovra manuale	<input type="checkbox"/> evacuazione spontanea <input type="checkbox"/> Necessità di Sforzo <input type="checkbox"/> Feci grumose o dure <input type="checkbox"/> Sensazione di blocco/ ostruzione anorettale <input type="checkbox"/> Sensazione di evacuazione incompleta <input type="checkbox"/> Necessità di manovra manuale	<input type="checkbox"/> evacuazione spontanea <input type="checkbox"/> Necessità di Sforzo <input type="checkbox"/> Feci grumose o dure <input type="checkbox"/> Sensazione di blocco/ ostruzione anorettale <input type="checkbox"/> Sensazione di evacuazione incompleta <input type="checkbox"/> Necessità di manovra manuale	<input type="checkbox"/> evacuazione spontanea <input type="checkbox"/> Necessità di Sforzo <input type="checkbox"/> Feci grumose o dure <input type="checkbox"/> Sensazione di blocco/ ostruzione anorettale <input type="checkbox"/> Sensazione di evacuazione incompleta <input type="checkbox"/> Necessità di manovra manuale	<input type="checkbox"/> evacuazione spontanea <input type="checkbox"/> Necessità di Sforzo <input type="checkbox"/> Feci grumose o dure <input type="checkbox"/> Sensazione di blocco/ ostruzione anorettale <input type="checkbox"/> Sensazione di evacuazione incompleta <input type="checkbox"/> Necessità di manovra manuale