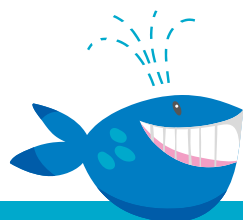


# Mon journal intestinal



Période :



## MA JOURNÉE

|  Date / Heure |  Quantité bue<br>(verre de 200 ml) |  Repas<br>Temps |  Informations sur<br>l'alimentation |  Imprévu<br>Perte de selles |  Je me sens...                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 24/05/2020<br>14h15                                                                            | 6                                                                                                                   | 3                                                                                                | Riche en fibres, noix<br>et graines consommées                                                                       | oui / <u>non</u>                                                                                             |          |
|                                                                                                |                                                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                                                      | oui / non                                                                                                    |          |
|               |                                                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                                                      | oui / non                                                                                                    |          |
|                                                                                                |                                                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                                                      | oui / non                                                                                                    |          |
|                                                                                                |                                                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                                                      | oui / non                                                                                                    |          |
|                                                                                                |                                                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                                                      | oui / non                                                                                                    |       |
|                                                                                                |                                                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                                                      | oui / non                                                                                                    |    |
|                                                                                                |                                                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                                                      | oui / non                                                                                                    |    |
|             |                                                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                                                      | oui / non                                                                                                    |    |

## POTTY-TIME

|  Vidange<br>sensation |  Type Bristol<br>(1 – 7) |  Je me sens...                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Complète /<br><u>incomplète</u>                                                                          | 5                                                                                                           |          |
| Complète /<br>incomplète                                                                                 |                                                                                                             |          |
| Complète /<br>incomplète                                                                                 |                                                                                                             |          |
| Complète /<br>incomplète                                                                                 |                                                                                                             |          |
| Complète /<br>incomplète                                                                                 |                                                                                                             |          |
| Complète /<br>incomplète                                                                                 |                                                                                                             |       |
| Complète /<br>incomplète                                                                                 |                                                                                                             |    |
| Complète /<br>incomplète                                                                                 |                                                                                                             |    |

## PERISTEEN®

|  Eau (ml) /<br>Coups de pompe (air) |  Irrigation<br>durée |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 300 ml / 2                                                                                                             | env. 30 min                                                                                             |
|                                     |                                                                                                         |
|                                                                                                                        |                                                                                                         |
|                                                                                                                        |                                                                                                         |
|                                                                                                                        |                                                                                                         |
|                                                                                                                        |                                                                                                         |
|                                                                                                                        |                                                                                                         |
|                                                                                                                        |                                                                                                         |
|                                                                                                                        |                                                                                                         |
|                                                                                                                        |                    |

## L'échelle de Bristol

### Type 1

Petites boules individuelles et fermes  
(difficiles à éliminer)



### Type 2

En forme de saucisses,  
grumeleuses



### Type 3

En forme de saucisses avec surface  
craquelée



### Type 4

En forme de saucisse avec une  
surface lisse



### Type 5

Petits morceaux mous avec des  
bords lisses (faciles à éliminer)



### Type 6

Petits morceaux mous aux bords  
irréguliers



### Type 7

Liquide, sans composants solides

