



## RELEVÉ QUOTIDIEN SUR 7 JOURS DES ÉLÉMENTS CLINIQUES DU CDAI

NOM PRENOM : .....

Date de la prochaine  
consultation : .....

7 Jours précédents la prochaine consultation							
DATES							
<b>1. Nombre de selles liquides ou très molles</b>							
<b>2. Douleurs abdominales</b> (0 aucune ; 1 légères ; 2 moyennes ; 3 fortes)							
<b>3. Bien-être général</b> (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.