

Nom et Prénom : _____

Date de la prochaine consultation : ___/___/___

Relevé quotidien sur 7 jours des éléments cliniques CDAI

Instructions : Remplir ce formulaire chaque jour avant le coucher. Votre réponse doit se rapporter aux 24 heures précédentes. Bien veiller à ne pas se tromper de colonne.

Date du jour							
Nombres de selles liquides ou très molles							
Douleurs abdominales (0 = aucune ; 1= légères ; 2= moyennes ; 3= fortes)							
Bien-être général (0= bon ; 1= un peu inférieur à la normale ; 2= moyen ; 3= mauvais ; 4= très mauvais)							

Poids : _____