**DZIENNICZEK ŻYWIENIOWY** – zasady wypełnienia:

• Moim celem jest zapoznanie się z Państwa zwyczajowym sposobem żywienia. Z uwagi na to, proszę Państwa o wypełnienie poniższego dzienniczka bieżącego notowania bardzo dokładnie. Zapisuj wszystko, co danego dnia zjadłaś/eś i wypiłaś/eś - nawet jeśli są to drobne przekąski, gdzieś pomiędzy posiłkami.

• Proszę o wypełnianie dzienniczka 24godzinnego **przez 3 dni**. Zapisuj godzinę ( oraz dodatkowo miejsce) spożywania posiłku lub przekąski.

• Spisuj ilości danego produktu spożywczego/ potrawy - w miarach domowych np. 3 łyżki płatków, albo gramaturę z opakowania np. 125 g jogurtu naturalnego, 1 szklanka herbaty z imbirem i ½ łyżeczki miodu.

• Zapisuj nazwę produktów - np. chleb ( jaki?) - pszenny, razowy, żytnie, kasza (jaka?) gryczana prażona, jaglana, ryż długoziarnisty, zawartość tłuszczu – mleko 2%, śmietana 36%, rodzaj używanego tłuszczu – margaryna (np. Rama), masło (np. Osełka Górska lub Masło Extra),olej (np. Kujawski, Bartek).

• Spisuj na bieżąco, bo później jednak wiele rzeczy umyka.

 • Zapisuj w dzienniczku aktywność fizyczną (spacer, gimnastyka, rower, fitness) – czas trwania oraz intensywność w skali 1-3 (1-mały wysiłek, 2-średni wysiłek, 3-duży wysiłek).

 • Jeśli zauważysz u siebie problemy typu: mam ochotę na słodkie, czuję się najedzona/y jak „balon”, mam zgagę, boli mnie żołądek, mam wzdęcie itd., proszę to zanotować przy posiłku, po którym się tak Pan/i czuł/a.

• Dzienniczek możesz wydrukować i zapisywać ręcznie w specjalnym zeszycie (przynieś go na konsultację) lub prowadzić go w formie elektronicznej i przesłać na przed konsultacją.

• Bądź wytrwała/y, prowadzenie takich notatek przyniesie efekty i pisz prawdę - **ROBISZ TO W KOŃCU DLA SIEBIE😉.**

**DZIENNICZEK ŻYWIENIOWY**

 **Data:** 30.09.2020r. - wtorek

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Posiłek** | **Godzina** | **Miejsce** | **Skład posiłku**(wraz z płynami) | **Ile? –** miary domowe lub zważone | **Obserwowane dolegliwości** | **Skala jedzenia** **(** Skala 1- 10:10 – maksymalne najedzenie,0 – największy głód.Oceniamy 15 min po posiłku.**)** |
| **1 śniadanie** | 7:00 | Dom | Bułka zwykłaMasło 82% polędwica sopockapomidorkakao gorzkiemleko 2% tłuszczu | 1 duża2 łyżeczki2 plasterki2 plasterkikakao 3 łyżeczki1 szklanka | brak | 8 |
| **2 śniadanie** | 10:00 | Praca - biuro | bananjogurt malinowykawa | 1 duży1 opakowanie 125g1 filiżanka | brak | 7 |
| **Obiad** | 13:00 | Praca- biuro  | pierś z kurczakaziemniakimarchewkaz groszkiem i masłem sok jabłkowy | 150g surowego mięsa 3 małe szt. – 120g 2 łyżki1 szklanka | Pełność w brzuchu.  | 9 |
| **Podwieczorek** | 16:00 | U przyjaciółki w domu | sernik z brzoskwiniami – kupione w piekarni woda mineralna | 2 kawałki – 100g 1 szklanka | Brak  | 9 |
| **Kolacja** | 19:00 | Dom | chleb pszennymasło 82%ser żółtyherbata | 2 kromki ( 50g) 1 łyżeczka1 plasterek1 szklanka | Brak  | 8 |
| **Pojadanie** | 21:00 | Dom  | Jabłko | 2 sztuki małe | Wzdęcie.  | 9 |

**Aktywność fizyczna ( ile? kiedy? co?) :** szybki spacer 40min (od 19:30- 20:10) – **intensywność :** 4

**Data:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Posiłek/ Podjadanie** | **Godzina** | **Miejsce** | **Skład posiłku** (wraz z płynami) | **Ile? –** miary domowe lub zważone | **Obserwowane dolegliwości** | **Skala jedzenia** **(** Skala 1- 10:10 – maksymalne najedzenie, 0 – największy głód.Oceniamy 15 min po posiłku.**)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Aktywność fizyczna ( ile? kiedy? co?) : Intensywność ( w skali od 1-5:** 5 – najbardziej intensywne):

**Data:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Posiłek/ Podjadanie** | **Godzina** | **Miejsce** | **Skład posiłku** (wraz z płynami) | **Ile? –** miary domowe lub zważone | **Obserwowane dolegliwości** | **Skala jedzenia** **(** Skala 1- 10:10 – maksymalne najedzenie, 0 – największy głód.Oceniamy 15 min po posiłku.**)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Aktywność fizyczna ( ile? kiedy? co?) : Intensywność ( w skali od 1-5:** 5 – najbardziej intensywne):

**Data:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Posiłek/ Podjadanie** | **Godzina** | **Miejsce** | **Skład posiłku**  **(**wraz z płynami) | **Ile? –** miary domowe lub zważone | **Obserwowane dolegliwości** | **Skala jedzenia** **(** Skala 1- 10:10 – maksymalne najedzenie, 0 – największy głód.Oceniamy 15 min po posiłku.**)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Aktywność fizyczna ( ile? kiedy? co?) : Intensywność ( w skali od 1-5:** 5 – najbardziej intensywne):