

Colonne « remarques diverses » codifiez les signes « POTS-M » c à d les symptômes **changés** en mieux/pire sur Peau Odeurs corporelles Transit Sommeil Mental. On peut coder de 1 (médiocre) à 10 (parfait) . On peut aussi noter les selles selon l'échelle de l'université de Bristol voir le document Echelle de Bristol.

JOUR nr ....		Contenu du repas et boissons:	Etat avant de manger/2h après	Remarques diverses
Date : .....	Lever : ....h . Repas N° 1 : ....h			
	Repas N° 2 : ....h			
	Repas N° 3 : ....h			Au lit à ..... h Endormi à .... H
<p>Cochez les critères respectés ce jour :</p> <p>Critère 1 : Qualité des aliments et des cuissons <input type="checkbox"/></p> <p>Critère 2 : Aliments proscrits <input type="checkbox"/></p> <p>Critère 3 : Limite des U. S. par jour <input type="checkbox"/></p> <p>Critère 4 : Repas nr 1 : 3 à 5 U. P. <input type="checkbox"/></p> <p>Critère 5 : Repas nr 1 : minimum d'U. S <input type="checkbox"/></p> <p>Critère 6 : Repas nr 1 le plus tôt possible après le lever <input type="checkbox"/></p> <p>Critère 7 : Repas nr 2 après 4 à 5 heures sans collation <input type="checkbox"/></p> <p>Critère 8 : Repas nr 3 consommé 3h AVANT de dormir <input type="checkbox"/></p> <p>Critère 9 : Si gym ou sport intense -&gt; après 17h <input type="checkbox"/></p> <p>Critère 10 : 8 à 9h de sommeil dans le noir ? Couché 22h ? <input type="checkbox"/></p>				