

## **Dzienniczek żywieniowy.**

## **Dzienniczek aktywności fizycznej**

### **Dzienniczek żywieniowy**

1. Bądź szczerzy-robisz to w końcu dla siebie.
2. Bądź wytrwały/wytrwała. Zapisywanie wszystkiego jest męczące, ale przynosi duże efekty.
3. Zapisuj wszystko na bieżąco, nie zostawiaj tego na wieczór czy następny dzień.
4. Zapisuj wszystko to, co zjadłeś/zjadłaś i wypięś/wypięłaś danego dnia (np. dwa paluszki, cukierek, pół herbaty)
5. Zapisuj rodzaj i ilość dodanego cukru/słodzika (np. cukier biały, cukier brązowy, stevia, miód)
6. Zapisuj ilość spożytego produktu w miarach domowych (np. łyżka śmietany) lub gramaturę (np. 100g kefiru)
7. Zapisuj nazwę produktu (np. serek Almette śmietankowy) oraz zawartość tłuszczu (np. 21% w 100g)
8. W rubryce: Odczucia przed i po posiłku, opisz np. poczucie głodu i przejedzenia (w skali od 0-10), uczucie zgagi, wzdęcia, bóle brzucha itp.)
9. Dzienniczek prowadź przez minimum 3 dni
10. Prowadź dzienniczek w systemie ciągłym. Zarówno w tygodniu jak i w weekend.
11. Pierwszą pozycją w dzienniczku będzie „pobudka”, ostatnią pozycją „kładę się spać”
12. Dzienniczek możesz prowadzić ręcznie (po wydrukowaniu) lub w formie elektronicznej

### Dzienniczek aktywności fizycznej

1. Rodzajem aktywności fizycznej jest wszystko to, co spowoduje u Ciebie wysiłek. Może być to zarówno spacer, sprząatanie w domu, prasowanie jak i fitness, jogging, trening.
2. Czas trwania aktywności fizycznej możesz zapisywać dokładnie co do minuty lub zaokrąślać do niższej wartości (np. 27 minut = 25 minut)
3. Ważne jest zapisywanie odczuć po lub przed aktywnością fizyczną, np. niechęć, zadyszka, radość, ból pleców, ból kolan itp.
4. Na czas prowadzenia dzienniczka nie zmieniaj swojego trybu życia i aktywności fizycznej.

## Interakcje leków z żywnością

W celu wykluczenia niekorzystnych interakcji pomiędzy lekami a spożywaną żywnością, w tabeli poniżej wypisz te, które aktualnie przyjmujesz, łącznie z suplementami diety ( do których zalicza się m.in. preparaty witaminowe, tran, produkty na bazie ziół, wspomagacze odchudzania, odżywki itp.) oraz zaznacz porę (najlepiej godzinę) ich zażywania.

Przyjmowane leki/suplementy	Pora zażywania/godzina

## DZIEŃ PIERWSZY

Data:

Dzień tygodnia:

Godzina	Rodzaj posiłku	Skład posiłku/płynny	Miejsce posiłku	Miara domowa/gramatura/z aw.tf.	Odczucia przed i po posiłku

<b>Godzina</b>	<b>Rodzaj aktywność i fizycznej</b>	<b>Rodzaj aktywności fizycznej</b>	<b>Miejsce aktywności fizycznej</b>	<b>Czas aktywności fizycznej</b>	<b>Odczucia przed i po aktywności fizycznej</b>

## DZIEŃ DRUGI

Data:

Dzień tygodnia:

Godzina	Rodzaj posiłku	Skład posiłku/płynny	Miejsce posiłku	Miara domowa/gramatura/z aw.tf.	Odczucia przed i po posiłku

<b>Godzina</b>	<b>Rodzaj aktywność i fizycznej</b>	<b>Rodzaj aktywności fizycznej</b>	<b>Miejsce aktywności fizycznej</b>	<b>Czas aktywności fizycznej</b>	<b>Odczucia przed i po aktywności fizycznej</b>

### DZIEŃ TRZECI

Data:

Dzień tygodnia:

Godzina	Rodzaj posiłku	Skład posiłku/płynny	Miejsce posiłku	Miara domowa/gramatura/z aw.tł.	Odczucia przed i po posiłku

Godzina	Rodzaj aktywność i fizycznej	Rodzaj aktywności fizycznej	Miejsce aktywności fizycznej	Czas aktywności fizycznej	Odczucia przed i po aktywności fizycznej



### DZIEŃ CZWARTY

Data:

Dzień tygodnia:

Godzina	Rodzaj posiłku	Skład posiłku/płyny	Miejsce posiłku	Miara domowa/gramatura/z aw.tł.	Odczucia przed i po posiłku

<b>Godzina</b>	<b>Rodzaj aktywność i fizycznej</b>	<b>Rodzaj aktywności fizycznej</b>	<b>Miejsce aktywności fizycznej</b>	<b>Czas aktywności fizycznej</b>	<b>Odczucia przed i po aktywności fizycznej</b>

## DZIEŃ PIĄTY

Data:

Dzień tygodnia:

Godzina	Rodzaj posiłku	Skład posiłku/płyny	Miejsce posiłku	Miara domowa/gramatura/z aw.tł.	Odczucia przed i po posiłku

Godzina	Rodzaj aktywność i fizycznej	Rodzaj aktywności fizycznej	Miejsce aktywności fizycznej	Czas aktywności fizycznej	Odczucia przed i po aktywności fizycznej

## DZIEŃ SZÓSTY

Data:

Dzień tygodnia:

Godzina	Rodzaj posiłku	Skład posiłku/płyny	Miejsce posiłku	Miara domowa/gramatura/z aw.tł.	Odczucia przed i po posiłku

--	--	--	--	--	--

Godzin a	Rodzaj aktywności fizycznej	Rodzaj aktywności fizycznej	Miejsce aktywności fizycznej	Czas aktywności fizycznej	Odczucia przed i po aktywności fizycznej

## DZIEŃ SIÓDMY

Data:

Dzień tygodnia:

Godzina	Rodzaj posiłku	Skład posiłku/płyny	Miejsce posiłku	Miara domowa/gramatura/z aw.tł.	Odczucia przed i po posiłku

<b>Godzin a</b>	<b>Rodzaj aktywności fizycznej</b>	<b>Rodzaj aktywności fizycznej</b>	<b>Miejsce aktywności fizycznej</b>	<b>Czas aktywności fizycznej</b>	<b>Odczucia przed i po aktywności fizycznej</b>



