

DIÁRIO ALIMENTAR

Refeição	Alimentos ingeridos	Quantidade ingerida	Método de confecção	Desejo de comer (1 a 10)	O que sentia antes de comer?	Onde comi? / Com que companhia?	Como me senti depois de comer?
1º Pequeno-almoço				_____			
2º Pequeno-almoço				_____			
Almoço				_____			
Lanche				_____			
Jantar				_____			
Ceia				_____			

ANOTE AQUI OS ERROS ALIMENTARES MAIS FREQUENTES E AS SITUAÇÕES-PADRÃO DE RISCO:

Escala da Fome:

1 – Sem nada no estômago | 2 – Esfomeado | 3 – Com vontade de começar a comer | 4 – O meu corpo/estômago está a dar sinal | 5 – Com uma fome ligeira | 6 – Confortável | 7 – Satisfeita – bem alimentada | 8 – Cheia | 9 – Desconfortavelmente cheia | 10 – Demasiado cheia, “como um balão”