


Journal de grossesse



Un journal guidé de 30 jours



Hybride



Créé avec LoomJournals

Comment utiliser ce journal

Bienvenue dans votre journal ! Voici quelques conseils pour en tirer le meilleur parti :

- 1 Réservez quelques minutes chaque jour pour écrire
- 2 Soyez honnête et écrivez librement, sans vous juger
- 3 Essayez d'écrire à la même heure chaque jour pour créer une habitude
- 4 Relisez vos entrées chaque semaine pour repérer des tendances

-
- Fill in your current pregnancy week and weight each day
 - Rate your mood, energy, nausea, and sleep quality
 - Log baby movements, water intake, exercise, and vitamins
 - Mark prenatal appointment days to keep a medical timeline
 - Write freely about your feelings, cravings, and any letters to your baby



Scannez pour un guide détaillé sur l'utilisation de ce journal

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellement...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:



Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellement...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellem...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellement...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellement...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellement...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellement...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellem...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellem...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de nausée: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:



Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellement...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:



Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellem...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellem...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellement...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellement...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellem...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellement...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellem...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellement...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de nausée: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellem...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellement...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:



Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellem...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellement...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellem...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellement...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:



Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellement...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellement...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellem...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellement...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellem...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Date: _____

Semaine: _____

Poids (kg): _____

Tour de ventre: _____

Humeur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de nausée: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mouvements du bébé: _____

Verres d'eau: _____

Exercice:

Vitamines prises:

Rendez-vous prénatal:

Réflexion sur la grossesse *(comment vous sentez-vous aujourd'hui — physiquement et émotionnellement...)*

Envies et aversions *(quels aliments vous font envie et lesquels vous repoussent ? des changements de ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*