

---



# Diario di Gravidanza

---



Diario Guidato di 30 Giorni



Ibrido

Creato con LoomJournals

---

# Come Usare Questo Diario

---

Benvenuto nel tuo diario! Ecco alcuni consigli per sfruttarlo al meglio:

1 Dedicare qualche minuto ogni giorno alla scrittura

2 Sii onesto e scrivi liberamente senza giudicarti

3 Cerca di scrivere alla stessa ora ogni giorno per creare un'abitudine

4 Rileggi le tue annotazioni settimanalmente per notare gli schemi



Scansiona per una guida dettagliata su come usare questo diario

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:

**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:

**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:

**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:



**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:

**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:



**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:

---

**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

---

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

---

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:

**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:



**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:



**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:



**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:

---

**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

---

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

---

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:



**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:



**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:



**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:



**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:



**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:



**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:



**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:

**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di energia (1-10):

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:

**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:

**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:

**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:



**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:



**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:



**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:



**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di nausea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:



**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:



**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Data: \_\_\_\_\_

Settimana: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_

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

Livello di energia (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di nausea:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Movimenti del bambino: \_\_\_\_\_

Bicchieri d'acqua: \_\_\_\_\_

Esercizio:

Vitamine assunte:

Appuntamento prenatale:



**Riflessione sulla gravidanza** *(come ti senti oggi — fisicamente ed emotivamente? annota tappe, camb...)*

**Voglie e avversioni** *(di quali cibi hai voglia e quali ti repellono? ci sono nuovi cambiamenti nel gusto?)*

**Sintomi e cambiamenti** *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*