


Pregnancy Journal



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

-
- 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



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)*