


Diário Menstrual



Um Diário Guiado de 30 Dias



Rastreador

Criado com LoomJournals

Como Usar Este Diário

Bem-vindo ao seu diário! Aqui estão algumas dicas para aproveitá-lo ao máximo:

- 1 Reserve alguns minutos por dia para escrever
- 2 Seja honesto e escreva livremente sem julgamentos
- 3 Tente escrever no mesmo horário todos os dias para criar um hábito
- 4 Revise suas anotações semanalmente para perceber padrões



Escaneie para um guia detalhado sobre como usar este diário

Diário Menstrual

Data: _____

	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom
Dia do ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Fase do ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensidade do fluxo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nível de dor (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Humor (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nível de energia (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Inchaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notas

Diário Menstrual

Data: _____

	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom
Dia do ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Fase do ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensidade do fluxo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nível de dor (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Humor (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nível de energia (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Inchaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notas

Diário Menstrual

Data: _____

	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom
Dia do ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Fase do ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensidade do fluxo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nível de dor (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Humor (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nível de energia (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Inchaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notas

Diário Menstrual

Data: _____

	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom
Dia do ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Fase do ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensidade do fluxo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nível de dor (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Humor (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nível de energia (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Inchaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notas

Diário Menstrual

Data: _____

	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom
Dia do ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Fase do ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensidade do fluxo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nível de dor (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Humor (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nível de energia (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Inchaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notas