


Diário de Gravidez



Um Diário Guiado de 30 Dias



Híbrido

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

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:



Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

Humor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:



Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

Humor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de náusea: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:



Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:



Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:



Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

Humor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:



Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:



Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:



Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de náusea: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:



Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

Humor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

Humor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Data: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferência abdominal: _____

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de náusea: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Movimentos do bebê: _____

Copos de água: _____

Exercício:

Vitaminas tomadas:

Consulta pré-natal:

Reflexão sobre a gravidez *(como você está se sentindo hoje — físico e emocionalmente? anote marcos...)*

Desejos e aversões *(quais alimentos você está desejando e quais te repelem? alguma mudança de pala...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*