

FirstLine Therapy®

Nom : _____

**Veillez remplir votre « Journal du régime alimentaire/
journal d'exercice » chaque jour.**

- 1 Indiquez l'heure de votre réveil.
- 2 Énumérez et décrivez en détail tous les aliments et les boissons, y compris la quantité de chacun. Indiquez si l'aliment était frais, congelé, en conserve, cru, cuit, au four, frit, etc. Indiquez l'heure de chaque repas ou collation. Assurez-vous d'énumérer tout ce que vous mangez ou buvez, y compris les condiments utilisés (p. ex., mayonnaise, moutarde, relish).
- 3 Prenez note de la quantité d'eau que vous buvez et indiquez la quantité en millilitres ou en onces dans la section prévue à cet effet. Notez également le type et la quantité des autres boissons que vous consommez.
- 4 Notez toute activité ou tout exercice que vous faites dans la section du bas, en indiquant le type d'exercice que vous avez fait et la durée de ce dernier.
- 5 Notez toutes les périodes de relaxation, ainsi que le type de relaxation effectué.
- 6 Notez l'heure à laquelle vous vous couchez.

Jour 1	Date :
Réveil	
Repas du matin Heure : _____	
Collation Heure : _____	
Repas de mi-journée Heure : _____	
Collation Heure : _____	
Repas du soir Heure : _____	
Collation Heure : _____	
Eau/boissons (millilitres ou onces)	
Activité/exercice Type : Durée :	
Relaxation/sommeil Durée :	

Jour 2	Date :	Jour 3	Date :
Réveil		Réveil	
Repas du matin Heure : _____		Repas du matin Heure : _____	
Collation Heure : _____		Collation Heure : _____	
Repas de mi-journée Heure : _____		Repas de mi-journée Heure : _____	
Collation Heure : _____		Collation Heure : _____	
Repas du soir Heure : _____		Repas du soir Heure : _____	
Collation Heure : _____		Collation Heure : _____	
Eau/boissons (millilitres ou onces)		Eau/boissons (millilitres ou onces)	
Activité/exercice Type : Durée :		Activité/exercice Type : Durée :	
Relaxation/sommeil Durée :		Relaxation/sommeil Durée :	



Jour 4	Date :	Jour 5	Date :
Réveil		Réveil	
Repas du matin Heure : _____		Repas du matin Heure : _____	
Collation Heure : _____		Collation Heure : _____	
Repas de mi-journée Heure : _____		Repas de mi-journée Heure : _____	
Collation Heure : _____		Collation Heure : _____	
Repas du soir Heure : _____		Repas du soir Heure : _____	
Collation Heure : _____		Collation Heure : _____	
Eau/boissons (millilitres ou onces)		Eau/boissons (millilitres ou onces)	
Activité/exercice Type : Durée :		Activité/exercice Type : Durée :	
Relaxation/sommeil Durée :		Relaxation/sommeil Durée :	



Jour 6	Date :	Jour 7	Date :
Réveil		Réveil	
Repas du matin Heure : _____		Repas du matin Heure : _____	
Collation Heure : _____		Collation Heure : _____	
Repas de mi-journée Heure : _____		Repas de mi-journée Heure : _____	
Collation Heure : _____		Collation Heure : _____	
Repas du soir Heure : _____		Repas du soir Heure : _____	
Collation Heure : _____		Collation Heure : _____	
Eau/boissons (millilitres ou onces)		Eau/boissons (millilitres ou onces)	
Activité/exercice Type : Durée :		Activité/exercice Type : Durée :	
Relaxation/sommeil Durée :		Relaxation/sommeil Durée :	

