



# CARNET JOURNALIER DES SYMPTOMES

## Syndrome de l'intestin irritable

Nom : .....

Date de début du carnet : ..... / ..... / .....

Ce carnet journalier des symptômes a été conçu par le Belgian Working Group on IBS avec la collaboration de Prof. B. Fischler (CHU St-Pierre, Bruxelles) – Prof. Hubert Piessevaux (UCL) – Prof. Jan Tack (KUL) Plus d'info sur [www.colonirritable.be](http://www.colonirritable.be)

Avec le soutien de



# Comment remplir ce carnet?

Veillez compléter chaque soir ce journalier de vos symptômes, et ce durant 3 semaines.

## Exemple 1 : cochez dans le cadre adéquat

- Combien de fois avez-vous été à selles aujourd'hui?

Réponse : pas de selles :

<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> plus
------------------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	----------------------------

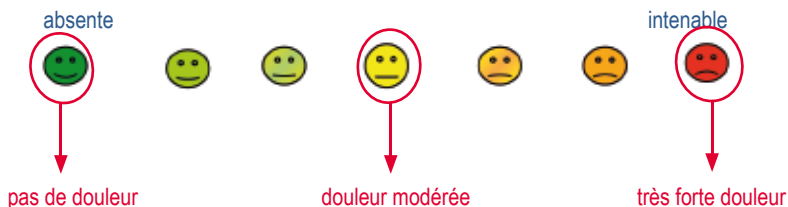
Réponse : deux selles, une fois de consistance dure et une fois de consistance molle

<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> plus
-------------------------	-------------------------	------------------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	----------------------------



## Exemple 2 : Encerclez le petit visage adéquat

- Comment était la douleur au ventre aujourd'hui ?



# Consistance des selles

Type 1



Morceaux séparés de consistance dure, comme des noisettes

Type 2



Forme d'une saucisse, composée de plusieurs morceaux

Type 3



Forme d'une saucisse, avec surface fissurée

Type 4



Forme d'une saucisse ou d'un serpent, avec une surface lisse

Type 5



Morceaux biens délimités

Type 6



Portions mal délimitées, floconneuses, une selle plate

Type 7



Comme de l'eau, pas de portions solides

Date : ..... / ..... / .....

1. Combien de selles avez-vous eu aujourd'hui ?

0	1	2	3	4	5	plus
---	---	---	---	---	---	------

2. Si vous avez été à selles, quelle en était la consistance ?



3. Comment était la douleur au ventre ?

absente



intenable



4. Comment était le ballonnement ?

absent



intenable



5. Quelle a été l'influence de vos plaintes intestinales sur votre vie ?

aucune



totale



6. Combien de stress avez-vous eu aujourd'hui ?

pas de stress



le plus de stress imaginable



7. Avez-vous mangé des aliments inhabituels ou irritants ?

non

oui : lesquels : .....

8. (pour les femmes) Avez-vous eu vos règles aujourd'hui ?

non

oui

9. A ne remplir que si le traitement a été modifié :

Quelles médicaments ? .....

Quelle dose ? .....

Combien de prises par jour ? .....

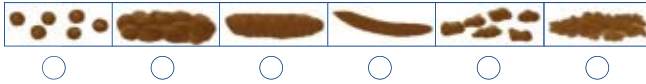
10. Remarques : .....

Date : ..... / ..... / .....

1. Combien de selles avez-vous eu aujourd'hui ?

0	1	2	3	4	5	plus
---	---	---	---	---	---	------

2. Si vous avez été à selles, quelle en était la consistance ?



3. Comment était la douleur au ventre ?

absente



intenable

4. Comment était le ballonnement ?

absent



intenable

5. Quelle a été l'influence de vos plaintes intestinales sur votre vie ?

aucune



totale

6. Combien de stress avez-vous eu aujourd'hui ?

pas de stress



le plus de stress imaginable

7. Avez-vous mangé des aliments inhabituels ou irritants ?

non

oui : lesquels : .....

8. (pour les femmes) Avez-vous eu vos règles aujourd'hui ?

non

oui

9. A ne remplir que si le traitement a été modifié :

Quelles médications ? .....

Quelle dose ? .....

Combien de prises par jour ? .....

10. Remarques : .....

Date : ..... / ..... / .....

1. Combien de selles avez-vous eu aujourd'hui ?

0	1	2	3	4	5	plus
---	---	---	---	---	---	------

2. Si vous avez été à selles, quelle en était la consistance ?



3. Comment était la douleur au ventre ?

absente



intenable



4. Comment était le ballonnement ?

absent



intenable



5. Quelle a été l'influence de vos plaintes intestinales sur votre vie ?

aucune



totale



6. Combien de stress avez-vous eu aujourd'hui ?

pas de stress



le plus de stress imaginable



7. Avez-vous mangé des aliments inhabituels ou irritants ?

non

oui : lesquels : .....

8. (pour les femmes) Avez-vous eu vos règles aujourd'hui ?

non

oui

9. A ne remplir que si le traitement a été modifié :

Quelles médicaments ? .....

Quelle dose ? .....

Combien de prises par jour ? .....

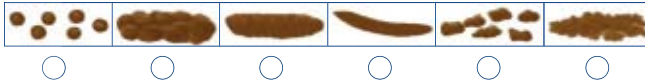
10. Remarques : .....

Date : ..... / ..... / .....

1. Combien de selles avez-vous eu aujourd'hui ?

0	1	2	3	4	5	plus
---	---	---	---	---	---	------

2. Si vous avez été à selles, quelle en était la consistance ?



3. Comment était la douleur au ventre ?

absente



intenable

4. Comment était le ballonnement ?

absent



intenable

5. Quelle a été l'influence de vos plaintes intestinales sur votre vie ?

aucune



totale

6. Combien de stress avez-vous eu aujourd'hui ?

pas de stress



le plus de stress imaginable

7. Avez-vous mangé des aliments inhabituels ou irritants ?

non

oui : lesquels : .....

8. (pour les femmes) Avez-vous eu vos règles aujourd'hui ?

non

oui

9. A ne remplir que si le traitement a été modifié :

Quelles médicaments ? .....

Quelle dose ? .....

Combien de prises par jour ? .....

10. Remarques : .....

Date : ..... / ..... / .....

1. Combien de selles avez-vous eu aujourd'hui ?

0	1	2	3	4	5	plus
---	---	---	---	---	---	------

2. Si vous avez été à selles, quelle en était la consistance ?



3. Comment était la douleur au ventre ?

absente



intenable



4. Comment était le ballonnement ?

absent



intenable



5. Quelle a été l'influence de vos plaintes intestinales sur votre vie ?

aucune



totale



6. Combien de stress avez-vous eu aujourd'hui ?

pas de stress



le plus de stress imaginable



7. Avez-vous mangé des aliments inhabituels ou irritants ?

non

oui : lesquels : .....

8. (pour les femmes) Avez-vous eu vos règles aujourd'hui ?

non

oui

9. A ne remplir que si le traitement a été modifié :

Quelles médicaments ? .....

Quelle dose ? .....

Combien de prises par jour ? .....

10. Remarques : .....

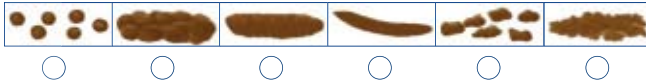


Date : ..... / ..... / .....

1. Combien de selles avez-vous eu aujourd'hui ?

0	1	2	3	4	5	plus
---	---	---	---	---	---	------

2. Si vous avez été à selles, quelle en était la consistance ?



3. Comment était la douleur au ventre ?

absente



intenable

4. Comment était le ballonnement ?

absent



intenable

5. Quelle a été l'influence de vos plaintes intestinales sur votre vie ?

aucune



totale

6. Combien de stress avez-vous eu aujourd'hui ?

pas de stress



le plus de stress imaginable

7. Avez-vous mangé des aliments inhabituels ou irritants ?

non

oui : lesquels : .....

8. (pour les femmes) Avez-vous eu vos règles aujourd'hui ?

non

oui

9. A ne remplir que si le traitement a été modifié :

Quelles médications ? .....

Quelle dose ? .....

Combien de prises par jour ? .....

10. Remarques : .....

Date : ..... / ..... / .....

1. Combien de selles avez-vous eu aujourd'hui ?

0	1	2	3	4	5	plus
---	---	---	---	---	---	------

2. Si vous avez été à selles, quelle en était la consistance ?



3. Comment était la douleur au ventre ?

absente



intenable



4. Comment était le ballonnement ?

absent



intenable



5. Quelle a été l'influence de vos plaintes intestinales sur votre vie ?

aucune



totale



6. Combien de stress avez-vous eu aujourd'hui ?

pas de stress



le plus de stress imaginable



7. Avez-vous mangé des aliments inhabituels ou irritants ?

non

oui : lesquels : .....

8. (pour les femmes) Avez-vous eu vos règles aujourd'hui ?

non

oui

9. A ne remplir que si le traitement a été modifié :

Quelles médicaments ? .....

Quelle dose ? .....

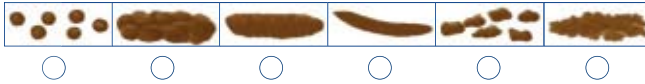
Combien de prises par jour ? .....

10. Remarques : .....

1. Combien de selles avez-vous eu aujourd'hui ?

0	1	2	3	4	5	plus
---	---	---	---	---	---	------

2. Si vous avez été à selles, quelle en était la consistance ?



3. Comment était la douleur au ventre ?

absente



intenable



4. Comment était le ballonnement ?

absent



intenable



5. Quelle a été l'influence de vos plaintes intestinales sur votre vie ?

aucune



totale



6. Combien de stress avez-vous eu aujourd'hui ?

pas de stress



le plus de stress imaginable



7. Avez-vous mangé des aliments inhabituels ou irritants ?

non

oui : lesquels : .....

8. (pour les femmes) Avez-vous eu vos règles aujourd'hui ?

non

oui

9. A ne remplir que si le traitement a été modifié :

Quelles médications ? .....

Quelle dose ? .....

Combien de prises par jour ? .....

10. Remarques : .....

Date : ..... / ..... / .....

1. Combien de selles avez-vous eu aujourd'hui ?

0	1	2	3	4	5	plus
---	---	---	---	---	---	------

2. Si vous avez été à selles, quelle en était la consistance ?



3. Comment était la douleur au ventre ?

absente

intenable



4. Comment était le ballonnement ?

absent

intenable



5. Quelle a été l'influence de vos plaintes intestinales sur votre vie ?

aucune

totale



6. Combien de stress avez-vous eu aujourd'hui ?

pas de stress

le plus de stress imaginable



7. Avez-vous mangé des aliments inhabituels ou irritants ?

non

oui : lesquels : .....

8. (pour les femmes) Avez-vous eu vos règles aujourd'hui ?

non

oui

9. A ne remplir que si le traitement a été modifié :

Quelles médicaments ? .....

Quelle dose ? .....

Combien de prises par jour ? .....

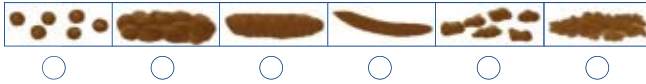
10. Remarques : .....

Date : ..... / ..... / .....

1. Combien de selles avez-vous eu aujourd'hui ?

0	1	2	3	4	5	plus
---	---	---	---	---	---	------

2. Si vous avez été à selles, quelle en était la consistance ?



3. Comment était la douleur au ventre ?

absente



intenable

4. Comment était le ballonnement ?

absent



intenable

5. Quelle a été l'influence de vos plaintes intestinales sur votre vie ?

aucune



totale

6. Combien de stress avez-vous eu aujourd'hui ?

pas de stress



le plus de stress imaginable

7. Avez-vous mangé des aliments inhabituels ou irritants ?

non

oui : lesquels : .....

8. (pour les femmes) Avez-vous eu vos règles aujourd'hui ?

non

oui

9. A ne remplir que si le traitement a été modifié :

Quelles médicaments ? .....

Quelle dose ? .....

Combien de prises par jour ? .....

10. Remarques : .....

Date : ..... / ..... / .....

1. Combien de selles avez-vous eu aujourd'hui ?

0	1	2	3	4	5	plus
---	---	---	---	---	---	------

2. Si vous avez été à selles, quelle en était la consistance ?



3. Comment était la douleur au ventre ?

absente



intenable



4. Comment était le ballonnement ?

absent



intenable



5. Quelle a été l'influence de vos plaintes intestinales sur votre vie ?

aucune



totale



6. Combien de stress avez-vous eu aujourd'hui ?

pas de stress



le plus de stress imaginable



7. Avez-vous mangé des aliments inhabituels ou irritants ?

non

oui : lesquels : .....

8. (pour les femmes) Avez-vous eu vos règles aujourd'hui ?

non

oui

9. A ne remplir que si le traitement a été modifié :

Quelles médicaments ? .....

Quelle dose ? .....

Combien de prises par jour ? .....

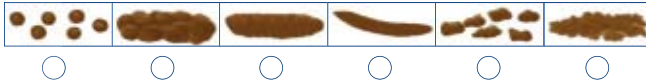
10. Remarques : .....

Date : ..... / ..... / .....

1. Combien de selles avez-vous eu aujourd'hui ?

0	1	2	3	4	5	plus
---	---	---	---	---	---	------

2. Si vous avez été à selles, quelle en était la consistance ?



3. Comment était la douleur au ventre ?

absente



intenable



4. Comment était le ballonnement ?

absent



intenable



5. Quelle a été l'influence de vos plaintes intestinales sur votre vie ?

aucune



totale



6. Combien de stress avez-vous eu aujourd'hui ?

pas de stress



le plus de stress imaginable



7. Avez-vous mangé des aliments inhabituels ou irritants ?

non

oui : lesquels : .....

8. (pour les femmes) Avez-vous eu vos règles aujourd'hui ?

non

oui

9. A ne remplir que si le traitement a été modifié :

Quelles médicaments ? .....

Quelle dose ? .....

Combien de prises par jour ? .....

10. Remarques : .....

Date : ..... / ..... / .....

1. Combien de selles avez-vous eu aujourd'hui ?

0	1	2	3	4	5	plus
---	---	---	---	---	---	------

2. Si vous avez été à selles, quelle en était la consistance ?



3. Comment était la douleur au ventre ?

absente



intenable



4. Comment était le ballonnement ?

absent



intenable



5. Quelle a été l'influence de vos plaintes intestinales sur votre vie ?

aucune



totale



6. Combien de stress avez-vous eu aujourd'hui ?

pas de stress



le plus de stress imaginable



7. Avez-vous mangé des aliments inhabituels ou irritants ?

non

oui : lesquels : .....

8. (pour les femmes) Avez-vous eu vos règles aujourd'hui ?

non

oui

9. A ne remplir que si le traitement a été modifié :

Quelles médicaments ? .....

Quelle dose ? .....

Combien de prises par jour ? .....

10. Remarques : .....

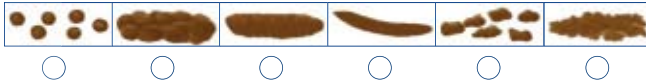


Date : ..... / ..... / .....

1. Combien de selles avez-vous eu aujourd'hui ?

0	1	2	3	4	5	plus
---	---	---	---	---	---	------

2. Si vous avez été à selles, quelle en était la consistance ?



3. Comment était la douleur au ventre ?

absente



intenable



4. Comment était le ballonnement ?

absent



intenable



5. Quelle a été l'influence de vos plaintes intestinales sur votre vie ?

aucune



totale



6. Combien de stress avez-vous eu aujourd'hui ?

pas de stress



le plus de stress imaginable



7. Avez-vous mangé des aliments inhabituels ou irritants ?

non

oui : lesquels : .....

8. (pour les femmes) Avez-vous eu vos règles aujourd'hui ?

non

oui

9. A ne remplir que si le traitement a été modifié :

Quelles médicaments ? .....

Quelle dose ? .....

Combien de prises par jour ? .....

10. Remarques : .....

Date : ..... / ..... / .....

1. Combien de selles avez-vous eu aujourd'hui ?

0	1	2	3	4	5	plus
---	---	---	---	---	---	------

2. Si vous avez été à selles, quelle en était la consistance ?



3. Comment était la douleur au ventre ?

absente



intenable



4. Comment était le ballonnement ?

absent



intenable



5. Quelle a été l'influence de vos plaintes intestinales sur votre vie ?

aucune



totale



6. Combien de stress avez-vous eu aujourd'hui ?

pas de stress



le plus de stress imaginable



7. Avez-vous mangé des aliments inhabituels ou irritants ?

non

oui : lesquels : .....

8. (pour les femmes) Avez-vous eu vos règles aujourd'hui ?

non

oui

9. A ne remplir que si le traitement a été modifié :

Quelles médicaments ? .....

Quelle dose ? .....

Combien de prises par jour ? .....

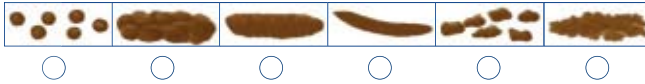
10. Remarques : .....

Date : ..... / ..... / .....

1. Combien de selles avez-vous eu aujourd'hui ?

0	1	2	3	4	5	plus
---	---	---	---	---	---	------

2. Si vous avez été à selles, quelle en était la consistance ?



3. Comment était la douleur au ventre ?

absente



intenable



4. Comment était le ballonnement ?

absent



intenable



5. Quelle a été l'influence de vos plaintes intestinales sur votre vie ?

aucune



totale



6. Combien de stress avez-vous eu aujourd'hui ?

pas de stress



le plus de stress imaginable



7. Avez-vous mangé des aliments inhabituels ou irritants ?

non

oui : lesquels : .....

8. (pour les femmes) Avez-vous eu vos règles aujourd'hui ?

non

oui

9. A ne remplir que si le traitement a été modifié :

Quelles médicaments ? .....

Quelle dose ? .....

Combien de prises par jour ? .....

10. Remarques : .....

Date : ..... / ..... / .....

1. Combien de selles avez-vous eu aujourd'hui ?

0	1	2	3	4	5	plus
---	---	---	---	---	---	------

2. Si vous avez été à selles, quelle en était la consistance ?



3. Comment était la douleur au ventre ?

absente



intenable



4. Comment était le ballonnement ?

absent



intenable



5. Quelle a été l'influence de vos plaintes intestinales sur votre vie ?

aucune



totale



6. Combien de stress avez-vous eu aujourd'hui ?

pas de stress



le plus de stress imaginable



7. Avez-vous mangé des aliments inhabituels ou irritants ?

non

oui : lesquels : .....

8. (pour les femmes) Avez-vous eu vos règles aujourd'hui ?

non

oui

9. A ne remplir que si le traitement a été modifié :

Quelles médications ? .....

Quelle dose ? .....

Combien de prises par jour ? .....

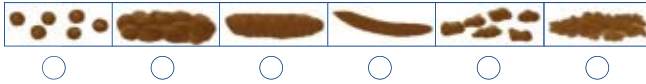
10. Remarques : .....

Date : ..... / ..... / .....

1. Combien de selles avez-vous eu aujourd'hui ?

0	1	2	3	4	5	plus
---	---	---	---	---	---	------

2. Si vous avez été à selles, quelle en était la consistance ?



3. Comment était la douleur au ventre ?

absente



intenable

4. Comment était le ballonnement ?

absent



intenable

5. Quelle a été l'influence de vos plaintes intestinales sur votre vie ?

aucune



totale

6. Combien de stress avez-vous eu aujourd'hui ?

pas de stress



le plus de stress imaginable

7. Avez-vous mangé des aliments inhabituels ou irritants ?

non

oui : lesquels : .....

8. (pour les femmes) Avez-vous eu vos règles aujourd'hui ?

non

oui

9. A ne remplir que si le traitement a été modifié :

Quelles médicaments ? .....

Quelle dose ? .....

Combien de prises par jour ? .....

10. Remarques : .....

Date : ..... / ..... / .....

1. Combien de selles avez-vous eu aujourd'hui ?

0	1	2	3	4	5	plus
---	---	---	---	---	---	------

2. Si vous avez été à selles, quelle en était la consistance ?



3. Comment était la douleur au ventre ?

absente



intenable



4. Comment était le ballonnement ?

absent



intenable



5. Quelle a été l'influence de vos plaintes intestinales sur votre vie ?

aucune



totale



6. Combien de stress avez-vous eu aujourd'hui ?

pas de stress



le plus de stress imaginable



7. Avez-vous mangé des aliments inhabituels ou irritants ?

non

oui : lesquels : .....

8. (pour les femmes) Avez-vous eu vos règles aujourd'hui ?

non

oui

9. A ne remplir que si le traitement a été modifié :

Quelles médicaments ? .....

Quelle dose ? .....

Combien de prises par jour ? .....

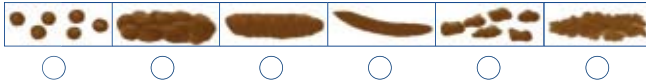
10. Remarques : .....

Date : ..... / ..... / .....

1. Combien de selles avez-vous eu aujourd'hui ?

0	1	2	3	4	5	plus
---	---	---	---	---	---	------

2. Si vous avez été à selles, quelle en était la consistance ?



3. Comment était la douleur au ventre ?

absente



intenable



4. Comment était le ballonnement ?

absent



intenable



5. Quelle a été l'influence de vos plaintes intestinales sur votre vie ?

aucune



totale



6. Combien de stress avez-vous eu aujourd'hui ?

pas de stress



le plus de stress imaginable



7. Avez-vous mangé des aliments inhabituels ou irritants ?

non

oui : lesquels : .....

8. (pour les femmes) Avez-vous eu vos règles aujourd'hui ?

non

oui

9. A ne remplir que si le traitement a été modifié :

Quelles médicaments ? .....

Quelle dose ? .....

Combien de prises par jour ? .....

10. Remarques : .....

# CARNET JOURNALIER DES SYMPTOMES

## Syndrome de l'intestin irritable

Nom de la médication

Posologie

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

Remarques

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....