CEFIDI
Centro de Fisiologia Digestiva
de Piracicaba

www.cefidi.com.br Fones: (019) 999-571000, 3411-6185, 3411-7223

DIÁRIO DE PHMETRIA

Nome paciente: _____

Médico solicitante: _____

Data do exame: ___/____/20 __

REFEIÇÃO (tudo, menos água)		**POSIÇÃO**		**SINTOMAS**	**Azia, regurgitação, dor de estômago tosse, eructação, dor torácica**
INÍCIO	**FIM**	**DEITEI**	**LEVANTEI**	**INÍCIO**	**QUAL SINTOMA?** (anotar o sintoma mais importante dos acima por horário anotado)