Nom du patient : _____

DDN : _____

TABLEAU DE SUIVI GLYCÉMIES ET INSULINE

	DÉJEUNER			DÎNER			SOUPER			COUCHER
JOUR / DATE	AVANT	APRÈS	INSULINES	AVANT	APRÈS	INSULINES	AVANT	APRÈS	INSULINES	AVANT
Dim										
Lun										
Mar										
Merc										
Jeu										
Vend										
Sam										
Dim										
Lun										
Mar										
Merc										
Jeu										
Vend										
Sam										
Dim										
Lun										
Mar										
Merc										
Jeu										
Vend										
Sam										

Nom du patient : _____

DDN : _____

TABLEAU DE SUIVI GLYCÉMIES ET INSULINE

	DÉJEUNER		DÎNER		SOUPER		COUCHER		INSULINES/NOTES
JOUR / DATE	AVANT	APRÈS	AVANT	APRÈS	AVANT	APRÈS	AVANT	AUTRE	
Dim									
Lun									
Mar									
Merc									
Jeu									
Vend									
Sam									
Dim									
Lun									
Mar									
Merc									
Jeu									
Vend									
Sam									
Dim									
Lun									
Mar									
Merc									
Jeu									
Vend									
Sam									