

A compléter et à remettre à votre diététicien lors de votre prochaine consultation

Mes habitudes alimentaires sur 3 jours

Nom - prénom:

Date de naissance:

Ma liste de médicaments quotidiens/hebdomadaires



Matin		Midi		Soir	
Médicament	Dose	Médicament	Dose	Médicament	Dose

Au verso, j'inscris la quantité d'aliments que j'ai mangé durant 3 jours et les résultats de ma glycémie avant et après les repas

JOUR 1: date: _ / _ / _ Lu-ma-me-je-ve-sa-di	DÉJEUNER	COLLATION 10H	DÎNER	COLLATION 16H	SOUPER	COUCHER
Heure						
Aliments et quantité						
Ma glycémie	A jeun: 2H après:	Juste avant: 2H après:	Juste avant: 2H après:	Juste avant: 2H après:	Juste avant: 2H après:	Juste avant:
JOUR 2: date: _ / _ / _ Lu-ma-me-je-ve-sa-di	DÉJEUNER	COLLATION 10H	DÎNER	COLLATION 16H	SOUPER	COUCHER
Heure						
Aliments et quantité						
Ma glycémie	A jeun: 2H après:	Juste avant: 2H après:	Juste avant: 2H après:	Juste avant: 2H après:	Juste avant: 2H après:	Juste avant:
JOUR 3: date: _ / _ / _ Lu-ma-me-je-ve-sa-di	DÉJEUNER	COLLATION 10H	DÎNER	COLLATION 16H	SOUPER	COUCHER
Heure						
Aliments et quantité						
Ma glycémie	A jeun: 2H après:	Juste avant: 2H après:	Juste avant: 2H après:	Juste avant: 2H après:	Juste avant: 2H après:	Juste avant: