

Nom Patient :

Médecin traitant :

Diabétologue :

Suivi de ma glycémie

	MATIN			MIDI			SOIR			COUCHER		NUIT	Observations
Date	Glycémie au lever	Insuline	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline	Glycémie après dîner	Glycémie avant le souper	Insuline	Glycémie après le souper	Glycémie au coucher	Insuline	Glycémie nocturne	
.....													
.....													
.....													
.....													
.....													
.....													
.....													
.....													
.....													
.....													
.....													
.....													
.....													
.....													

Nom Patient :

Médecin traitant :

Diabétologue :

Suivi de ma glycémie

	MATIN			MIDI			SOIR			COUCHER		NUIT	Observations
Date	Glycémie au lever	Insuline	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline	Glycémie après dîner	Glycémie avant le souper	Insuline	Glycémie après le souper	Glycémie au couher	Insuline	Glycémie nocturne	
.....													
.....													
.....													
.....													
.....													
.....													
.....													
.....													
.....													
.....													
.....													
.....													
.....													
.....													