Diario mensile per il controllo glicemico del paziente in trattamento con ipoglicemizzanti orali

Paziente _____ Peso Kg _____ Altre terapie _____

Ipoglicemizzante prescritto colazione_____ pranzo _____ cena _____ prima di coricarsi _____

IPOGLICEMIZZANTE						GLICEMIA								URINE				
gg	Colazione	Pranzo	Cena	Prima di coricarsi	Insulina estemporanea	Al risveglio	___ore dopo ___colazione	Prima di pranzo	___ ore dopo ___pranzo	Prima di cena	___ ore dopo la ___cena	Prima di coricarsi	Di notte	Zucchero	Acetone	Zucchero	Acetone	Pressione arteriosa Mass/Min
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		