Fiche d'autosurveillance glycémique - traitement par insuline

ASCENSIA Diabetes Care

Semaine du _____ au _____

				Matin					Après-midi				Soir					
	Glycosurie	Cétonurie	Insuline au coucher de la veille	Glycémie à jeun	Insuline matin avant le petit-déjeuner	Insuline matin	ZI*	Glycémie matinée	Glycémie avant déjeuner	Insuline avant le déjeuner	ZI*	Glycémie après-midi	Glycémie avant dîner	Insuline avant dîner	ZI*	Glycémie soirée	Insuline au coucher	Glycémie nocturne	ZI*
L																			
M																			
Me																			
J																			
V																			
S																			
D																			

Observations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom des insulines :

(Si changement de traitement)

Basale .....

Bolus .....

Moyenne glycémique

Hémoglobine glyquée (%)

* Zone d'Injection

Semaine du _____ au _____

				Matin					Après-midi				Soir					
	Glycosurie	Cétonurie	Insuline au coucher de la veille	Glycémie à jeun	Insuline matin avant le petit-déjeuner	Insuline matin	ZI*	Glycémie matinée	Glycémie avant déjeuner	Insuline avant le déjeuner	ZI*	Glycémie après-midi	Glycémie avant dîner	Insuline avant dîner	ZI*	Glycémie soirée	Insuline au coucher	Glycémie nocturne	ZI*
L																			
M																			
Me																			
J																			
V																			
S																			
D																			

Observations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom des insulines :

(Si changement de traitement)

Basale .....

Bolus .....

Moyenne glycémique

Hémoglobine glyquée (%)

* Zone d'Injection

Fiche d'autosurveillance glycémique - traitement par insuline

ASCENSIA Diabetes Care

Semaine du _____ au _____

				Matin					Après-midi				Soir					
	Glycosurie	Cétonurie	Insuline au coucher de la veille	Glycémie à jeun	Insuline matin avant le petit-déjeuner	Insuline matin	ZI*	Glycémie matinée	Glycémie avant déjeuner	Insuline avant le déjeuner	ZI*	Glycémie après-midi	Glycémie avant dîner	Insuline avant dîner	ZI*	Glycémie soirée	Insuline au coucher	Glycémie nocturne	ZI*
L																			
M																			
Me																			
J																			
V																			
S																			
D																			

Observations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom des insulines :

(Si changement de traitement)

Basale .....

Bolus .....

Moyenne glycémique

Hémoglobine glyquée (%)

* Zone d'Injection

Semaine du _____ au _____

				Matin					Après-midi				Soir					
	Glycosurie	Cétonurie	Insuline au coucher de la veille	Glycémie à jeun	Insuline matin avant le petit-déjeuner	Insuline matin	ZI*	Glycémie matinée	Glycémie avant déjeuner	Insuline avant le déjeuner	ZI*	Glycémie après-midi	Glycémie avant dîner	Insuline avant dîner	ZI*	Glycémie soirée	Insuline au coucher	Glycémie nocturne	ZI*
L																			
M																			
Me																			
J																			
V																			
S																			
D																			

Observations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom des insulines :

(Si changement de traitement)

Basale .....

Bolus .....

Moyenne glycémique

Hémoglobine glyquée (%)

* Zone d'Injection