

Tableau de suivi glycémique

Traitement: Médicament:
Médicament:
Médicament:

Dose et heure de prise :
Dose et heure de prise :
Dose et heure de prise :

Semaine du

au

Taille:

cm

Date	Auto-Contrôle glycémique						Observations	Poids en Kg
	Au réveil *	Matinée *	Avant le Déjeuner*	Après-midi *	Avant le dîner*	Au Coucher*		
	<i>Notez vos glycémies. Essayez de les faire à des moments différents de la journée**</i>							
	<i>Notez les modifications qui peuvent survenir dans votre rythme de vie (exercice physique inhabituel, repas exceptionnel, infection, prise de médicaments autre que votre traitement hypoglycémiant...)</i>							
Lundi								
Mardi								
Mercredi								
Jeudi								
Vendredi								
Samedi								
Dimanche								

* Notez l'heure

** Conformez-vous à l'avis de votre médecin