

Tableau d'auto-contrôle glycémique

Semaine du _____ au _____ Poids: _____ Kg Taille: _____ cm

Type(s) d'insuline utilisée:

Moyenne des 14 derniers jours:

des 30 derniers jours:

	MATIN				APRES-MIDI			SOIR ET NUIT				MATIN	OBSERVATIONS**	
	Glycémie au Réveil	Insuline avant le petit déjeuner	Glycémie pendant la matinée	Glycémie avant le déjeuner	Insuline avant le déjeuner	Glycémie de l'après midi	Glycémie avant le repas du soir	Insuline avant le dîner	Glycémie au coucher	Insuline au coucher	Glycémie de la nuit	Glycémie lendemain matin au réveil	Insuline Bolus*	
Lundi														
Mardi														
Mercredi														
Jeudi														
Vendredi														
Samedi														
Dimanche														

*indiquer l'heure

**indiquer tout changement: exercice, maladie, alimentation différente