














Extrait du carnet d'Autosurveillance Glycémique

Semaine : _____ 

Votre médecin peut vous suggérer d'augmenter ou de diminuer la fréquence des tests de glycémie, par exemple si vous vous sentez stressé(e), moins en forme ou si vous avez subi un changement dans votre quotidien qui pourrait affecter votre glycémie. Avant d'envisager tout changement, parlez-en à votre professionnel de santé.

	Petit-déjeuner			Déjeuner			Goûter		Dîner			Nuit	
Jour	 Glycémie au réveil	 Insuline ou autres médicaments avant le petit-déjeuner	 Glycémie après le petit-déjeuner	 Glycémie avant le déjeuner	 Insuline ou autres médicaments avant le déjeuner	 Glycémie après le déjeuner	 Glycémie avant le goûter	 Insuline ou autres médicaments avant le goûter	 Glycémie avant le dîner	 Insuline ou autres médicaments avant le dîner	 Glycémie après le dîner	 Insuline ou autres médicaments au coucher	 Glycémie pendant la nuit
Lun													
Notes :													
Mar													
Notes :													
Mer													
Notes :													
Jeu													
Notes :													
Ven													
Notes :													
Sam													
Notes :													
Dim													
Notes :													

Mon objectif glycémique fixé par mon médecin : Avant repas _____mg/dL Après repas _____mg/dL

Fréquence de tests par semaine : _____ Fréquence de tests par jour : _____

 = Avant repas  = Après repas  = Insuline/Traitement  = Nuit

