

Semaine : _____



Votre médecin peut vous suggérer de vous tester plus fréquemment, si vous vous sentez stressé, malade, ou lors d'un changement dans vos habitudes quotidiennes (voyage par exemple). Discutez toujours avec votre médecin des ajustements nécessaires.

	Petit-déjeuner			Déjeuner			Goûter		Dîner			Nuit	
Jour	Glycémie au réveil	Insuline avant le petit-déjeuner	Glycémie après le petit-déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline avant le déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le goûter	Insuline avant le goûter	Glycémie avant le dîner	Insuline avant le dîner	Glycémie après le dîner	Insuline 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 : ____

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