

Semaine : _____



Votre médecin peut vous suggérer d'augmenter ou de diminuer la fréquence de test 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			Dîner			Snack	Autres	Nuit
Jour												
Lun												
Heure												
Notes:												
Mar												
Heure												
Notes:												
Mer												
Heure												
Notes:												
Jeu												
Heure												
Notes:												
Ven												
Heure												
Notes:												
Sam												
Heure												
Notes:												
Dim												
Heure												
Notes:												

Mon objectif glycémique fixé par mon médecin : Avant repas ____mg/dL Après repas ____mg/dL Fréquence de test par semaine : ____

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

LFS170401PA

© LIFESCAN - 1 rue Camille Desmoulins - 92130 Issy-les-Moulineaux - S.A.S. au capital de 1 112 064 € - 330 202 334 R.C.S. Nanterre

