Fiche d'autosurveillance glycémique - traitement par insuline

ASCENSIA Diabetes Care

Semaine du ( ) au ( )

	Glycosurie	Cétonurie	Insuline au coucher de la veille	Glycémie à jeun	Matin: Insuline matin avant le petit-déjeuner	Matin: Insuline matin	Matin: ZI*	Matin: Glycémie matinée	Matin: Glycémie avant déjeuner	Après-midi: Insuline avant le déjeuner	Après-midi: ZI*	Après-midi: Glycémie après-midi	Après-midi: Glycémie avant dîner	Soir: Insuline avant dîner	Soir: ZI*	Soir: Glycémie soirée	Soir: Insuline au coucher	Soir: Glycémie nocturne	Soir: ZI*
L																			
M																			
Me																			
J																			
V																			
S																			
D																			

Observations :

Nom des insulines :

(Si changement de traitement)

Basale .....

Bolus .....

Moyenne glycémique

Hémoglobine glyquée (%)

* Zone d'Injection

Semaine du ( ) au ( )

	Glycosurie	Cétonurie	Insuline au coucher de la veille	Glycémie à jeun	Matin: Insuline matin avant le petit-déjeuner	Matin: Insuline matin	Matin: ZI*	Matin: Glycémie matinée	Matin: Glycémie avant déjeuner	Après-midi: Insuline avant le déjeuner	Après-midi: ZI*	Après-midi: Glycémie après-midi	Après-midi: Glycémie avant dîner	Soir: Insuline avant dîner	Soir: ZI*	Soir: Glycémie soirée	Soir: Insuline au coucher	Soir: Glycémie nocturne	Soir: ZI*
L																			
M																			
Me																			
J																			
V																			
S																			
D																			

Observations :

Nom des insulines :

(Si changement de traitement)

Basale .....

Bolus .....

Moyenne glycémique

Hémoglobine glyquée (%)

* Zone d'Injection