Feuille d’auto-surveillance glycémique

Semaine du … au …

	MATIN			*MIDI*			*SOIREE*			*NUIT*		*Observations*
	Glycémie au réveil	Dose insuline avant repas	Glycémie après repas	Glycémie avant repas	Dose insuline	Glycémie après repas	Glycémie avant repas	Dose insuline	Glycémie après repas	Dose insuline au coucher	Glycémie au coucher	
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												