Diario settimanale della glicemia

NOME E COGNOME _____ **PESO KG.** _____

SETTIMANA DAL _____ **AL** _____

	Al risveglio	Farmaco o insulina	2 ore dopo colazione	Prima di pranzo	Farmaco o insulina	2 ore dopo pranzo	Prima di cena	Farmaco o insulina	2 ore dopo cena	Prima di coricarsi	Farmaco o insulina	Di notte
Lunedì												
Martedì												
Mercoledì												
Giovedì												
Venerdì												
Sabato												
Domenica												