

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 Aaaa-MM-JJ
 NAM : _____ Exp. _____
 Aaaa-MM
 Nom de la mère : _____

SUIVI GLYCÉMIES CAPILLAIRES ET GLUCIDES USAGER DIABÉTIQUE

Médication : _____

Assurances : ☐ RAMQ ☐ Privées Résultat HbA_{1c} : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

Modifications : _____

Date (aaaa/mm/jj)		RÉSULTATS DES GLYCÉMIES CAPILLAIRES												Poids (kg) : _____	
		Déjeuner			Dîner			Souper			Coucher			Taille (cm) : _____	
		Heure (hh:mm)	Résultat (mmol/L)	Insuline (unités)	Heure (hh:mm)	Résultat (mmol/L)	Insuline (unités)	Heure (hh:mm)	Résultat (mmol/L)	Insuline (unités)	Heure (hh:mm)	Résultat (mmol/L)	Insuline (unités)	IMC (kg/m ²) : _____	
Lundi	Glyc. AC														TA : _____ Pouls : _____
	Glucides														
	Glyc. PC														
Mardi	Glyc. AC														TA : _____ Pouls : _____
	Glucides														
	Glyc. PC														
Mercredi	Glyc. AC														TA : _____ Pouls : _____
	Glucides														
	Glyc. PC														
Jeudi	Glyc. AC														TA : _____ Pouls : _____
	Glucides														
	Glyc. PC														
Vendredi	Glyc. AC														TA : _____ Pouls : _____
	Glucides														
	Glyc. PC														

AC= avant le repas, PC=2 heures après le début du repas

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj