

HOJA DE CONTROL DE GLUCEMIA

SEMANA DEL ____ / ____ / ____

AL ____ / ____ / ____

Nombre: _____

Registro semanal de glucosa, insulina y observaciones

UNIDAD	☐ mg/dL ☐ mmol/L	RANGO OBJETIVO	_____ - _____	TRATAMIENTO / MEDICACIÓN	_____	PRÓXIMA REVISIÓN	____ / ____ / ____
--------	--	----------------	---------------	--------------------------	-------	------------------	--------------------

DÍA	REGISTRO	DESAYUNO		COMIDA		CENA		OTROS MOMENTOS		OBSERVACIONES
		EN AYUNAS	2 H DESPUÉS	ANTES	2 H DESPUÉS	ANTES	2 H DESPUÉS	AL ACOSTARSE	EXTRA / NOCHE	
LUNES	GLUCEMIA									
	DOSIS / MED.									
MARTES	GLUCEMIA									
	DOSIS / MED.									
MIÉRCOLES	GLUCEMIA									
	DOSIS / MED.									
JUEVES	GLUCEMIA									
	DOSIS / MED.									
VIERNES	GLUCEMIA									
	DOSIS / MED.									
SÁBADO	GLUCEMIA									
	DOSIS / MED.									
DOMINGO	GLUCEMIA									
	DOSIS / MED.									

NOTAS DE LA SEMANA Actividad física, alimentación, síntomas, hipoglucemias, incidencias o ajustes.

Utiliza esta hoja según la pauta indicada por tu profesional sanitario.