

HOJA DE CONTROL DE GLUCEMIA

Registro semanal de glucosa en sangre

Nombre: _____	Semana del: ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____
Unidad: mg/dL / mmol/L	Medidor / sensor: _____

MOMENTO DEL DÍA	LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM
FECHA	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___
Antes del desayuno (en ayunas)							
2 h después del desayuno							
Antes de la comida							
2 h después de la comida							
Antes de la cena							
2 h después de la cena							
Antes de dormir							
Tratamiento / insulina							
Observaciones							

Objetivo antes de las comidas: _____	Objetivo 2 h después de las comidas: _____
Valor mínimo semanal: _____	Valor máximo semanal: _____

NOTAS PARA LA PRÓXIMA CONSULTA

Registra tus valores siguiendo las indicaciones de tu profesional sanitario. Los objetivos de glucemia son individuales.