

Registro semanal de glucosa y tratamiento

UNIDAD ☐ mg/dL ☐ mmol/L

RANGO OBJETIVO ____ - ____

PROFESIONAL / CENTRO _____

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, cambios en la alimentación, síntomas, enfermedad u otras circunstancias relevantes:

Utiliza esta hoja según la pauta indicada por tu equipo sanitario. Los rangos objetivo y la frecuencia de medición son individuales.