

HOJA DE CONTROL DE GLUCEMIA

Registro mensual de mediciones capilares

Nombre: _____

Mes / Año: _____

Unidad: ☐ mg/dL ☐ mmol/L

Rango objetivo: _____

Tratamiento / medicación: _____

Profesional / centro: _____

Teléfono: _____

Observaciones generales: _____

DÍA	AYUNAS	DESAYUNO		COMIDA		CENA		ANTES DE DORMIR	INSULINA / MEDICACIÓN	ACTIVIDAD / ALIMENTACIÓN / OBSERVACIONES
		Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después			
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										

Uso: anota cada valor en la unidad indicada. Los momentos y objetivos de control deben seguir la pauta de tu profesional sanitario.

HOJA DE CONTROL DE GLUCEMIA

Registro mensual de mediciones capilares

Nombre: _____

Mes / Año: _____

Unidad: ☐ mg/dL ☐ mmol/L

Rango objetivo: _____

Tratamiento / medicación: _____

Profesional / centro: _____

Teléfono: _____

Observaciones generales: _____

DÍA	AYUNAS	DESAYUNO		COMIDA		CENA		ANTES DE DORMIR	INSULINA / MEDICACIÓN	ACTIVIDAD / ALIMENTACIÓN / OBSERVACIONES
		Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después			
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										

Uso: anota cada valor en la unidad indicada. Los momentos y objetivos de control deben seguir la pauta de tu profesional sanitario.