

HOJA SEMANAL DE CONTROL DE GLUCEMIA

Registro personal de glucosa en sangre

Nombre: _____	Semana del: ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____	Unidad: _____	Medidor / sensor: _____
Tratamiento habitual: _____	Objetivo antes de comidas: _____	Objetivo después de comidas: _____	Objetivo antes de dormir: _____

DÍA / FECHA	DESAYUNO		COMIDA		CENA		ANTES DE DORMIR	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
	Antes	2 h después	Antes	2 h después	Antes	2 h después			
Lunes ____ / ____								_____	
Martes ____ / ____								_____	
Miércoles ____ / ____								_____	
Jueves ____ / ____								_____	
Viernes ____ / ____								_____	
Sábado ____ / ____								_____	
Domingo ____ / ____								_____	

Valor más bajo de la semana	Valor más alto de la semana	Notas para la próxima consulta / incidencias
-----------------------------	-----------------------------	--

Utiliza esta hoja según las pautas indicadas por tu profesional sanitario. Los rangos objetivo son individuales.