

Semaine du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

Type(s) d'insuline utilisée .....

Poids (kg) .....

	MATIN				APRÈS-MIDI		
	Glycémie au réveil	Insuline avant le petit déjeuner	Glycémie pendant la matinée	Glycémie avant le déjeuner	Insuline avant le déjeuner	Glycémie de l'après-midi	Glycémie avant le repas du soir
LUNDI							
MARDI							
MERCREDI							
JEUDI							
VENDREDI							
SAMEDI							
DIMANCHE							

SOIR ET NUIT				MATIN	OBSERVATIONS*	
Insuline avant le dîner	Glycémie au coucher	Insuline au coucher	Glycémie de la nuit	Glycémie lendemain matin au réveil	Insuline Bolus**	

Pensez à apporter votre carnet et votre lecteur de glycémie à chaque consultation

\* Noter tout événement inhabituel : infectieux, alimentaire, physique, émotionnel...

\*\* Indiquer l'heure