

Diario per pazienti in terapia insulinica

beurer medical

DIARIO

Nome _____

Cognome _____

Indirizzo _____

Telefono _____

E-mail _____

MEDICO

Nome _____

Cognome _____

Indirizzo _____

Telefono _____

E-mail _____

TERAPIA PRESCRITTA

Colazione _____

Pranzo _____

Cena _____

Prima di coricarsi _____

Altra terapia _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto







 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima 	Dopo 	Prima 	Dopo 	Prima 	Dopo 		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto







 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima 	Dopo 	Prima 	Dopo 	Prima 	Dopo 		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto

 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto

 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto

 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto

 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto







 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima 	Dopo 	Prima 	Dopo 	Prima 	Dopo 		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto

 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto







 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima 	Dopo 	Prima 	Dopo 	Prima 	Dopo 		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto

 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto







 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima 	Dopo 	Prima 	Dopo 	Prima 	Dopo 		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto







 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima 	Dopo 	Prima 	Dopo 	Prima 	Dopo 		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto

 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto







 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima 	Dopo 	Prima 	Dopo 	Prima 	Dopo 		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto

 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto

 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto

 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto

 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto

 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto







 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima 	Dopo 	Prima 	Dopo 	Prima 	Dopo 		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto

 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto

 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto







 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

Nome _____

Mese _____

Anno _____

Data	Colazione		Pranzo		Cena		Altra Glicemia	Insulina				Pressione	
	Prima 	Dopo 	Prima 	Dopo 	Prima 	Dopo 		Colazione	Pranzo	Cena	Notte	Minima	Massima
Lu													
Ma													
Me													
Gi													
Ve													
Sa													
Do													

Legenda

 Prima del pasto

 Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

BEURER MEDICAL ITALIA SERVIZIO CLIENTI



Beurer Medical Italia (sede legale):

Via San Paolo 7 - 20121 Milano

Puo` consultare il nostro sito www.beurer-medical.it
Puo` inviare una e-mail a service-it@beurer-medical.de