

Diario per pazienti in terapia orale

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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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	Terapia orale		Pressione	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo		Ora	Ora	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

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