

DIARIO PER PAZIENTI IN TERAPIA ORALE



Beurer Medical Italia

Via San Paolo 7

20121 Milano

P.IVA 07927360961

www.beurer.it

Servizio Clienti

Chiapparoli Logistica S.p.A.

Via Cascina Nuova

26814 Livraga (Lo)

Telefono +39 342 8547856

DIARIO

Nome _____

Cognome _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Mail _____

MEDICO

Nome _____

Cognome _____

Indirizzo _____

Telefono _____

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
LUN											
MAR											
MER											
GIO											
VEN											
SAB											
DOM											

Legenda



prima del pasto









Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

NOME _____

MESE _____

ANNO _____

	COLAZIONE		PRANZO		CENA		ALTRA GLICEMIA	TERAPIA ORALE		PRESSIONE	
DATA	 prima	 dopo	 prima	 dopo	 prima	 dopo		ora	ora	minima	massima
LUN											
MAR											
MER											
GIO											
VEN											
SAB											
DOM											

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
LUN											
MAR											
MER											
GIO											
VEN											
SAB											
DOM											

Legenda



prima del pasto









Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

NOME _____

MESE _____

ANNO _____

	COLAZIONE		PRANZO		CENA		ALTRA GLICEMIA	TERAPIA ORALE		PRESSIONE	
DATA	 prima	 dopo	 prima	 dopo	 prima	 dopo		ora	ora	minima	massima
LUN											
MAR											
MER											
GIO											
VEN											
SAB											
DOM											

Legenda



prima del pasto









Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

NOME _____

MESE _____

ANNO _____

	COLAZIONE		PRANZO		CENA		ALTRA GLICEMIA	TERAPIA ORALE		PRESSIONE	
DATA	 prima	 dopo	 prima	 dopo	 prima	 dopo		ora	ora	minima	massima
LUN											
MAR											
MER											
GIO											
VEN											
SAB											
DOM											

Legenda



prima del pasto









Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

NOME _____

MESE _____

ANNO _____

	COLAZIONE		PRANZO		CENA		ALTRA GLICEMIA	TERAPIA ORALE		PRESSIONE	
DATA	 prima	 dopo	 prima	 dopo	 prima	 dopo		ora	ora	minima	massima
LUN											
MAR											
MER											
GIO											
VEN											
SAB											
DOM											

Legenda



prima del pasto









Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

NOME _____

MESE _____

ANNO _____

	COLAZIONE		PRANZO		CENA		ALTRA GLICEMIA	TERAPIA ORALE		PRESSIONE	
DATA	 prima	 dopo	 prima	 dopo	 prima	 dopo		ora	ora	minima	massima
LUN											
MAR											
MER											
GIO											
VEN											
SAB											
DOM											

Legenda



prima del pasto









Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

NOME _____

MESE _____

ANNO _____

	COLAZIONE		PRANZO		CENA		ALTRA GLICEMIA	TERAPIA ORALE		PRESSIONE	
DATA	 prima	 dopo	 prima	 dopo	 prima	 dopo		ora	ora	minima	massima
LUN											
MAR											
MER											
GIO											
VEN											
SAB											
DOM											

Legenda



prima del pasto









Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

NOME _____

MESE _____

ANNO _____

	COLAZIONE		PRANZO		CENA		ALTRA GLICEMIA	TERAPIA ORALE		PRESSIONE	
DATA	 prima	 dopo	 prima	 dopo	 prima	 dopo		ora	ora	minima	massima
LUN											
MAR											
MER											
GIO											
VEN											
SAB											
DOM											

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
LUN											
MAR											
MER											
GIO											
VEN											
SAB											
DOM											

Legenda



prima del pasto









Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

NOME _____

MESE _____

ANNO _____

	COLAZIONE		PRANZO		CENA		ALTRA GLICEMIA	TERAPIA ORALE		PRESSIONE	
DATA	 prima	 dopo	 prima	 dopo	 prima	 dopo		ora	ora	minima	massima
LUN											
MAR											
MER											
GIO											
VEN											
SAB											
DOM											

Legenda



prima del pasto









Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____

NOME _____

MESE _____

ANNO _____

	COLAZIONE		PRANZO		CENA		ALTRA GLICEMIA	TERAPIA ORALE		PRESSIONE	
DATA	 prima	 dopo	 prima	 dopo	 prima	 dopo		ora	ora	minima	massima
LUN											
MAR											
MER											
GIO											
VEN											
SAB											
DOM											

Legenda



prima del pasto



Test glicemia _____ ore dopo il pasto

Note _____