Suivi hebdomadaire du diabète gestationnel

Nom: _____ Semaine du: _____ Unités: _____

Objectifs de mon équipe soignante: _____

Horaires de mesure de mon équipe soignante: _____

Date	À jeun	Après le petit-déjeuner	Après le déjeuner	Après le dîner	Notes / heures des repas et des mesures

Notez les valeurs mesurées. Suivez les horaires, objectifs et consignes de votre équipe soignante. Ceci n’est pas un avis médical.