

SURVEILLANCE DIABÉTIQUE

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

	INSULINE :		INSULINE :		INSULINE :		INSULINE :		OBJECTIF GLYCEMIQUE
	L :	R :	L :	R :	L :	R :	L :	R :	
date	MATIN		MIDI		SOIR		COUCHER		Observations
	Test	Doses	Test	Doses	Test	Doses	Test	Doses	

(L) : lente (R) : rapide

Si protocole : le joindre

