

REGISTO DE VALORES DE GLICEMIA

Mês _____ Ano _____

Objetivos _____

Dia	Pequeno almoço			Almoço			Lanche			Jantar			Deitar			Notas
	Ins	A	D	Ins	A	D	Ins	A	D	Ins	A	D	Ins	A	D	
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																

Ins - Insulina, A - Antes, D - Depois