

Nome do paciente:

Nº de identificação:

Controle glicêmico

Semana 1-2

	Café da manhã		Almoço		Jantar		Antes de Deitar
	Antes	2h após	Antes	2h após	Antes	2h após	
1		----					
2			----				
3				----			
4					----		
5						----	
6		----					

Semana 3-4

	Café da manhã		Almoço		Jantar		Antes de Deitar
	Antes	2h após	Antes	2h após	Antes	2h após	
1		----					
2			----				
3				----			
4					----		
5						----	
6		----					

Semana 5-6

	Café da manhã		Almoço		Jantar		Antes de Deitar
	Antes	2h após	Antes	2h após	Antes	2h após	
1		----					
2			----				
3				----			
4					----		
5						----	
6		----					