

Secretaria de Saúde do Distrito Federal Joao Gabriel Andrade – CRM-DF 26782 Contato: 61-98207-7626

Nome do paciente:
-------------------

Nº de identificação:

## Controle glicêmico

## Semana 1-2

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

## Semana 3-4

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

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