



Carnet d'auto-contrôle glycémique

Semaine du : _____ au _____ Poids : _____ kg

Type(s) d'insuline utilisée : _____ Dosage d'hémoglobine glyquée (en %) : _____

			Réveil	Matinée	Déjeuner	Après-midi	Dîner	Coucher	Nuit	Observations*
LUNDI	Glycémie									
	Sucre	Acetone								
	Insuline dose									
MARDI	Glycémie									
	Sucre	Acetone								
	Insuline dose									
MERCREDI	Glycémie									
	Sucre	Acetone								
	Insuline dose									
JEUDI	Glycémie									
	Sucre	Acetone								
	Insuline dose									
VENDREDI	Glycémie									
	Sucre	Acetone								
	Insuline dose									
SAMEDI	Glycémie									
	Sucre	Acetone								
	Insuline dose									
DIMANCHE	Glycémie									
	Sucre	Acetone								
	Insuline dose									

* Indiquer tout changement : exercice, maladie, alimentation...