CONTROLE SEMANAL DE GLICOSE NO SANGUE

Nome: Semana:// a// Aparelho (marca/modelo): Lanceta / tira reagente (marca): Local do corpo onde foi colhida a amostra:					
Lanceta / tira reagente (r	narca):	Local	do corpo onde foi colhida a	a amostra:	
		eutro () Álcool () Outro:			
Dia / Data	Horário	Temperatura Ambiente (°C)	Glicose em Jejum (mg/dL)	2h Após Refeição (mg/dL)	Observações (alimentação, sintomas, etc.)
Segunda-feira					
Terça-feira					
Quarta-feira					
Quinta-feira					
Sexta-feira					
Sábado					
Domingo					
Assinatura / Conferência ((opcional):				

⚠ Este formulário é destinado apenas ao controle pessoal de glicose. O acompanhamento médico regular é essencial para interpretação correta dos resultados e ajustes de tratamento.

⚠ Este formulário é destinado apenas ao controle pessoal de glicose. O acompanhamento médico regular é essencial para interpretação correta dos resultados e ajustes de tratamento. Infinita Geradores / Gepeto IA