

CONTROLE SEMANAL DE GLICOSE NO SANGUE

Nome: _____ Semana: __/__/__ a __/__/__

Aparelho (marca/modelo): _____

Lanceta / tira reagente (marca): _____

Local do corpo onde foi colhida a amostra: _____

Tipo de higienização antes da coleta: () Sabão neutro () 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.

Infinita Geradores / Gepeto IA