

Semaine du : ..... au .....

Poids : .....



	Matin	Insuline Matin	Après Petit-Déj.	Avant Déj.	Insuline Midi	Après Déj	Au goûter	Ins. goûter	Avant Diner
Lundi		B:			B:			B:	
		DB:			DB:			DB:	
Mardi		B:			B:			B:	
		DB:			DB:			DB:	
Mercredi		B:			B:			B:	
		DB:			DB:			DB:	
Jeudi		B:			B:			B:	
		DB:			DB:			DB:	
Vendredi		B:			B:			B:	
		DB:			DB:			DB:	
Samedi		B:			B:			B:	
		DB:			DB:			DB:	
Dimanche		B:			B:			B:	
		DB:			DB:			DB:	

Insuline Soir	Après Diner	Coucher	Insuline Nuit	Lend. Matin	S	A	Observations
B:							KT <input type="checkbox"/> Heure:
DB:			DB:				
B:							KT <input type="checkbox"/> Heure:
DB:			DB:				
B:							KT <input type="checkbox"/> Heure:
DB:			DB:				
B:							KT <input type="checkbox"/> Heure:
DB:			DB:				
B:							KT <input type="checkbox"/> Heure:
DB:			DB:				

S= Présence de Sucre dans les urines. A= Présence d'Acétone

KT = Changement de cathéter