

## SURVEILLANCE GLYCEMIQUE A JEUN ET POST-PRANDIAL

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Dr Prescripteur : \_\_\_\_\_

Nb de séance : \_\_\_\_\_

Ordo : \_\_\_\_\_

Dates	Matin		Midi		Soir		Observation
	A jeun	Post prandial	Pré-prandial	Post prandial	Pré-prandial	Post prandial	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

**CABINET INFIRMIER :**

Tél :