ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ		
Фамилия		
Имя		
Отчество		
Дата рождения		
Домашний адрес		
Телефон		
Тип сахарного диабета	1 тип	2 тип
В ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ ОБРАТИТЬСЯ К:		
ФИО		
Телефон		

ЛЕЧЕНИЕ	
Инсулин	
Сахароснижающие таблетки	
Средство самоконтроля	
Лечащий врач	
Телефон	
Поликлиника	

Месяц/год_____ HbA1c_____% Дата _____ Вес_____кг

Дата	Самоконтроль							Гипогликемия	Инсулин, МЕ					Хлебные Единицы		
	Глюкоза крови, ммоль/л								Завтрак		Обед	Ужин				
	Завтрак		Обед		Ужин		На ночь	Время и уровень глюкозы крови	Короткий	Продленный	Короткий	Короткий	Продленный	Завтрак	Обед	Ужин
	До	После	До	После	До	После										
ПН																
ВТ																
СР																
ЧТ																
ПТ																
СБ																
ВС																

Кетоновые тела_____Инсулин короткого действия_____

Артериальное давление_____Инсулин продленного действия_____

Примечания:_____Другие препараты_____

(плохое самочувствие, физическая нагрузка)

_____

ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ

Месяц/год_____*июнь 2024*_____ HbA1c_____6,8_____% Дата ___10.06.2024_____ Вес_____67_____кг

Дата	Самоконтроль						Гипогликемия	Инсулин, МЕ					Хлебные Единицы		
	Глюкоза крови, ммоль/л							Завтрак		Обед	Ужин				
	Завтрак		Обед		Ужин		На ночь	Время и уровень глюкозы крови	Короткий	Продленный	Короткий	Короткий	Продленный	Завтрак	Обед	Ужин
	До	После	До	После	До	После										
ПН *17.06*	*6,8*		*8,7*		*9,4*	*10,8*	*6,9*		*12*	*10*	*10*	*6*	*12*	*3+3*	*4+1*	*4+1*
ВТ *18.06*	*6,4*	*12,6*		*10,8*		*9,1*	*6,4*	*15.30 – 2,9*	*12*	*10*	*14*	*8*	*12*	*4+2*	*4+1*	*3+1*
СР																
ЧТ																
ПТ																
СБ																
ВС																

Кетоновые тела____*нет*_____Инсулин короткого действия__*Росинсулин Р*_____

Артериальное давление____*17.06 – 140/90*_____Инсулин продленного действия___*Росинсулин С*_____

Примечания:_*в пн утром плохое самочувствие*_____Другие препараты_____

(плохое самочувствие, физическая нагрузка)

_____