Седмичен дневник за гестационен диабет

Име: _____ Седмица от: _____ Мерни единици: _____

Целеви стойности от моята клиника: _____

График за измерване от моята клиника: _____

Дата	На гладно	След закуска	След обяд	След вечеря	Бележки / часове на хранене и измерване

Записвайте стойностите така, както са измерени. Следвайте часовете, целевите стойности и указанията на медицинския си екип. Не е медицински съвет.