Diario settimanale del diabete gestazionale

Nome: _____ Settimana del: _____ Unità: _____

Obiettivi del mio team sanitario: _____

Orari di misurazione del mio team sanitario: _____

Data	A digiuno	Dopo colazione	Dopo pranzo	Dopo cena	Note / orari dei pasti e delle misurazioni

Registra i valori misurati. Segui orari, obiettivi e indicazioni del tuo team sanitario. Non è un consiglio medico.