SCHEDA DI MONITORAGGIO GLICEMICO

Data:		Glicemia *mg/dl*	U.I.	CHO	*Alimentazione*	Note o eventi *es. attività fisica, malattia, stress, etc.*
Colazione	*Prima*					
	Dopo					
Pranzo	*Prima*					
	Dopo					
Cena	*Prima*					
	Dopo					
Prima di dormire						
Durante la notte						

Data:		Glicemia *mg/dl*	U.I.	CHO	*Alimentazione*	Note o eventi *es. attività fisica, malattia, stress, etc.*
Colazione	*Prima*					
	Dopo					
Pranzo	*Prima*					
	Dopo					
Cena	*Prima*					
	Dopo					
Prima di dormire						
Durante la notte						

Data:		Glicemia *mg/dl*	U.I.	CHO	*Alimentazione*	Note o eventi *es. attività fisica, malattia, stress, etc.*
Colazione	*Prima*					
	Dopo					
Pranzo	*Prima*					
	Dopo					
Cena	*Prima*					
	Dopo					
Prima di dormire						
Durante la notte						

FARMACIA CENTRALE
DR. NERI GIAN BATTISTA

via Spaziani 8, Isola della Scala Verona
Tel. 045 73 00 148