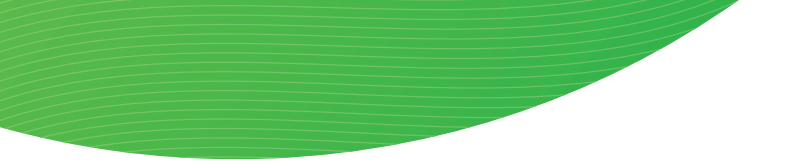




Дневник самоконтроля



Анкета

Ф. И. О. _____

Дата рождения _____

Адрес _____

Телефон (_____) _____

Тип диабета: ☐ 1 тип ☐ 2 тип

Лечение

Инсулин _____

Сахароснижающие таблетки _____

Другое _____

Средства самоконтроля _____

Полезная информация

Лечащий врач _____

Адрес поликлиники _____

Телефон (_____) _____

К кому обратиться в случае экстренной ситуации?

Телефон (_____) _____

Дата	Глюкоза в крови							
	завтрак		обед		ужин		на ночь	в др. время
	до	после	до	после	до	после		
пн 15	10,5				12,3		9,8	
вт 16	9,5		10,6	11,4	11,2			
ср								
чт								
пт								
сб								
вс								

Образец заполнения
дневника при сахарном
диабете 2 типа на
таблетированной
сахароснижающей
терапии

Образец заполнения
дневника при сахарном
диабете 2 типа на
таблетированной
сахароснижающей
терапии

Примечания (артериальное давление, физические нагрузки, плохое самочувствие, ацетон в моче, гипогликемия и др.)

15.09 Сухость во рту с утра, много пил с утра

16.09 АД – 140/90

Месяц сентябрь

Вес 91

Гликированный гемоглобин (HbA1c) 7,9 %

Инсулин/таблетки				Хлебные единицы		
завтрак	обед	ужин	на ночь	завтрак / 2-й завтрак	обед / полдник	ужин / 2-й ужин
1 1/2		1/2				
2 T		1 T				

Дата	Глюкоза в крови							
	завтрак		обед		ужин		на ночь	в др. время
	до	после	до	после	до	после		
пн 15	6,8	12,6	9,3		9,7	10,8	7,6	3 ч. ночи 10,5
вт 16	6,4		6,5	7,2	8,7			
ср								
чт								
пт								
сб								
вс								

Образец заполнения
дневника при сахарном
диабете 2 типа на
инсулинотерапии

Примечания (артериальное давление, физические нагрузки, плохое самочувствие, ацетон в моче, гипогликемия и др.)

14.09 03:20 гипогликемия (3,2 ммоль/л)

16.09 АД – 140/90

Месяц сентябрь

Вес 71

Гликированный гемоглобин (HbA1c) 7,5 %

Инсулин/таблетки				Хлебные единицы		
завтрак	обед	ужин	на ночь	завтрак / 2-й завтрак	обед / полдник	ужин / 2-й ужин
8 12	10	8	2 12	3+2	4+1	3+1
10 12	10	10	13	4+2	4+1	4+1

количество ХЕ на завтрак

количество ХЕ на второй завтрак

инсулин длительного действия

инсулин короткого действия

Дата	Глюкоза в крови							
	завтрак		обед		ужин		на ночь	в др. время
	до	после	до	после	до	после		
пн								
вт								
ср								
чт								
пт								
сб								
вс								

Примечания (артериальное давление, физические нагрузки, плохое самочувствие, ацетон в моче, гипогликемия и др.)

Месяц _____ Вес _____

Гликированный гемоглобин (HbA1c) _____

Инсулин/таблетки				Хлебные единицы		
завтрак	обед	ужин	на ночь	завтрак / 2-й завтрак	обед / полдник	ужин / 2-й ужин

Дата	Глюкоза в крови							
	завтрак		обед		ужин		на ночь	в др. время
	до	после	до	после	до	после		
пн								
вт								
ср								
чт								
пт								
сб								
вс								

Примечания (артериальное давление, физические нагрузки, плохое самочувствие, ацетон в моче, гипогликемия и др.)

Месяц _____ Вес _____

Гликированный гемоглобин (HbA1c) _____

Инсулин/таблетки				Хлебные единицы		
завтрак	обед	ужин	на ночь	завтрак / 2-й завтрак	обед / полдник	ужин / 2-й ужин

Дата	Глюкоза в крови							
	завтрак		обед		ужин		на ночь	в др. время
	до	после	до	после	до	после		
пн								
вт								
ср								
чт								
пт								
сб								
вс								

Примечания (артериальное давление, физические нагрузки, плохое самочувствие, ацетон в моче, гипогликемия и др.)

Месяц _____ Вес _____

Гликированный гемоглобин (HbA1c) _____

Инсулин/таблетки				Хлебные единицы		
завтрак	обед	ужин	на ночь	завтрак / 2-й завтрак	обед / полдник	ужин / 2-й ужин

Дата	Глюкоза в крови							
	завтрак		обед		ужин		на ночь	в др. время
	до	после	до	после	до	после		
пн								
вт								
ср								
чт								
пт								
сб								
вс								

Примечания (артериальное давление, физические нагрузки, плохое самочувствие, ацетон в моче, гипогликемия и др.)

Месяц _____ Вес _____

Гликированный гемоглобин (HbA1c) _____

Инсулин/таблетки				Хлебные единицы		
завтрак	обед	ужин	на ночь	завтрак / 2-й завтрак	обед / полдник	ужин / 2-й ужин

Дата	Глюкоза в крови							
	завтрак		обед		ужин		на ночь	в др. время
	до	после	до	после	до	после		
пн								
вт								
ср								
чт								
пт								
сб								
вс								

Примечания (артериальное давление, физические нагрузки, плохое самочувствие, ацетон в моче, гипогликемия и др.)

Месяц _____ Вес _____

Гликированный гемоглобин (HbA1c) _____

Инсулин/таблетки				Хлебные единицы		
завтрак	обед	ужин	на ночь	завтрак / 2-й завтрак	обед / полдник	ужин / 2-й ужин

Дата	Глюкоза в крови							
	завтрак		обед		ужин		на ночь	в др. время
	до	после	до	после	до	после		
пн								
вт								
ср								
чт								
пт								
сб								
вс								

Примечания (артериальное давление, физические нагрузки, плохое самочувствие, ацетон в моче, гипогликемия и др.)

Месяц _____ Вес _____

Гликированный гемоглобин (HbA1c) _____

Инсулин/таблетки				Хлебные единицы		
завтрак	обед	ужин	на ночь	завтрак / 2-й завтрак	обед / полдник	ужин / 2-й ужин

Дата	Глюкоза в крови							
	завтрак		обед		ужин		на ночь	в др. время
	до	после	до	после	до	после		
пн								
вт								
ср								
чт								
пт								
сб								
вс								

Примечания (артериальное давление, физические нагрузки, плохое самочувствие, ацетон в моче, гипогликемия и др.)

Месяц _____ Вес _____

Гликированный гемоглобин (HbA1c) _____

Инсулин/таблетки				Хлебные единицы		
завтрак	обед	ужин	на ночь	завтрак / 2-й завтрак	обед / полдник	ужин / 2-й ужин

Дата	Глюкоза в крови							
	завтрак		обед		ужин		на ночь	в др. время
	до	после	до	после	до	после		
пн								
вт								
ср								
чт								
пт								
сб								
вс								

Примечания (артериальное давление, физические нагрузки, плохое самочувствие, ацетон в моче, гипогликемия и др.)

Месяц _____ Вес _____

Гликированный гемоглобин (HbA1c) _____

Инсулин/таблетки				Хлебные единицы		
завтрак	обед	ужин	на ночь	завтрак / 2-й завтрак	обед / полдник	ужин / 2-й ужин

Дата	Глюкоза в крови							
	завтрак		обед		ужин		на ночь	в др. время
	до	после	до	после	до	после		
пн								
вт								
ср								
чт								
пт								
сб								
вс								

Примечания (артериальное давление, физические нагрузки, плохое самочувствие, ацетон в моче, гипогликемия и др.)

Месяц _____ Вес _____

Гликированный гемоглобин (HbA1c) _____

Инсулин/таблетки				Хлебные единицы		
завтрак	обед	ужин	на ночь	завтрак / 2-й завтрак	обед / полдник	ужин / 2-й ужин

Дата	Глюкоза в крови							
	завтрак		обед		ужин		на ночь	в др. время
	до	после	до	после	до	после		
пн								
вт								
ср								
чт								
пт								
сб								
вс								

Примечания (артериальное давление, физические нагрузки, плохое самочувствие, ацетон в моче, гипогликемия и др.)

Месяц _____ Вес _____

Гликированный гемоглобин (HbA1c) _____

Инсулин/таблетки				Хлебные единицы		
завтрак	обед	ужин	на ночь	завтрак / 2-й завтрак	обед / полдник	ужин / 2-й ужин

Дата	Глюкоза в крови							
	завтрак		обед		ужин		на ночь	в др. время
	до	после	до	после	до	после		
пн								
вт								
ср								
чт								
пт								
сб								
вс								

Примечания (артериальное давление, физические нагрузки, плохое самочувствие, ацетон в моче, гипогликемия и др.)

Месяц _____ Вес _____

Гликированный гемоглобин (HbA1c) _____

Инсулин/таблетки				Хлебные единицы		
завтрак	обед	ужин	на ночь	завтрак / 2-й завтрак	обед / полдник	ужин / 2-й ужин

Дата	Глюкоза в крови							
	завтрак		обед		ужин		на ночь	в др. время
	до	после	до	после	до	после		
пн								
вт								
ср								
чт								
пт								
сб								
вс								

Примечания (артериальное давление, физические нагрузки, плохое самочувствие, ацетон в моче, гипогликемия и др.)

Месяц _____ Вес _____

Гликированный гемоглобин (HbA1c) _____

Инсулин/таблетки				Хлебные единицы		
завтрак	обед	ужин	на ночь	завтрак / 2-й завтрак	обед / полдник	ужин / 2-й ужин

Дата	Глюкоза в крови							
	завтрак		обед		ужин		на ночь	в др. время
	до	после	до	после	до	после		
пн								
вт								
ср								
чт								
пт								
сб								
вс								

Примечания (артериальное давление, физические нагрузки, плохое самочувствие, ацетон в моче, гипогликемия и др.)

Месяц _____ Вес _____

Гликированный гемоглобин (HbA1c) _____

Инсулин/таблетки				Хлебные единицы		
завтрак	обед	ужин	на ночь	завтрак / 2-й завтрак	обед / полдник	ужин / 2-й ужин

Дата	Глюкоза в крови							
	завтрак		обед		ужин		на ночь	в др. время
	до	после	до	после	до	после		
пн								
вт								
ср								
чт								
пт								
сб								
вс								

Примечания (артериальное давление, физические нагрузки, плохое самочувствие, ацетон в моче, гипогликемия и др.)

Месяц _____ Вес _____

Гликированный гемоглобин (HbA1c) _____

Инсулин/таблетки				Хлебные единицы		
завтрак	обед	ужин	на ночь	завтрак / 2-й завтрак	обед / полдник	ужин / 2-й ужин
