

# Surveillance diabétique

Nom et Prénoms du Patient :

N° INSEE : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ // \_ ou Date de naissance : \_ / \_ / \_

Protocole d'insulinothérapie :

Date	7 h			12 h				19 h				_ _ h	Nuit	7 h	Cocher si référence aux trans- missions ciblées	Observations			
	Insuline			G	Insuline			G	Insuline								G	G	G
	Dose	Site	IDEL		Dose	Site	IDEL		Dose	Site	IDEL								
L																			
Ma																			
Me																			
J																			
V																			
S																			
D																			
L																			
Ma																			
Me																			
J																			
V																			
S																			
D																			
L																			
Ma																			
Me																			
J																			
V																			
S																			
D																			