List deníku pacienta

jméno:

výr.číslo iPro2:

značka glukometru:

ident.č. glukometru

ve dnech:

První den: hladinu glykémie změřte poprvé v : podruhé v :
a potom alespoň ještě jednou před půlnocí

Během studie: Měřte glykémii alespoň **4x denně**,
např. před snídaní, obědem, večeří a před spaním

Poslední den: Měřte glykémii alespoň **3x denně**

Datum navrácení: Prosím vraťte zařízení spolu s vyplněným listem deníku dne

Po Út St Čt Pá So Ne

čas	glykémie	jídlo/pití	sacharidy	léky	množství	tělesná aktivita	trvání	poznámky

Po Út St Čt Pá So Ne

čas	glykémie	jídlo/pití	sacharidy	léky	množství	tělesná aktivita	trvání	poznámky

Po Út St Čt Pá So Ne

čas	glykémie	jídlo/pití	sacharidy	léky	množství	tělesná aktivita	trvání	poznámky

	čas	glykémie		sacharidy	léky	množství	tělesná aktivita	trvání	poznámky
Po Út St Čt Pá So Ne									

	čas	glykémie		sacharidy	léky	množství	tělesná aktivita	trvání	poznámky
Po Út St Čt Pá So Ne									

	čas	glykémie		sacharidy	léky	množství	tělesná aktivita	trvání	poznámky
Po Út St Čt Pá So Ne									

	čas	glykémie		sacharidy	léky	množství	tělesná aktivita	trvání	poznámky
Po Út St Čt Pá So Ne									