

Журнал реєстрації рівня глюкози в крові

Ім'я та прізвище: _____ Дата народження: _____ Номер телефону: _____

Інструкції:

Запишіть дозу Лантусу (Lantus) у полі для зазначення першої або другої половини дня. Запишіть вуглеводні коефіцієнти, коефіцієнти чутливості до інсуліну та цільові показники рівня глюкози в крові (ГК).

Перевіряйте рівень глюкози перед сніданком, обідом і вечерею, перед сном і протягом ночі між 1-3 годинами ранку. Заповніть поля нижче, зазначивши показники кількості глюкози. Надішліть заповнену форму, як доданий документ у форматі PDF у MyChart, факсом на номер 206-985-3373 або зателефонуйте на Лінію контролю рівня глюкози за номером 206-987-2640 (опція 3) з понеділка по п'ятницю до 11:00.

У святкові та вихідні дні телефонуйте за номером 206-987-2000 з 11:00 до 12:00 та попросіть їх запросити до телефону чергового лікаря з лікування цукрового діабету.

Доза Лантусу у першій половині дня	12		Вуглеводний коефіцієнт	<i>1/20</i>																		
Доза Лантусу у другій половині дня	12		Коефіцієнт чутливості до інсуліну	<i>1/50</i>																		
			Цільовий рівень глюкози в крові	<i>120</i>																		

Дата:

	24:00	3:00	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	
Рівень глюкози в крові:																					
Вуглеводи:																					
Інсулін:																					

Коментарі батьків

Дата:

	24:00	3:00	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	
Рівень глюкози в крові:																					
Вуглеводи:																					
Інсулін:																					

Коментарі батьків

Дата:

	24:00	3:00	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	
Рівень глюкози в крові:																					
Вуглеводи:																					
Інсулін:																					

Коментарі батьків

Blood Glucose Log

Name: _____ Birth date: _____ Phone number: _____

Instructions:

Fill in your Lantus dose in the a.m. or p.m. box. Fill in your carb ratios, correction factors and target BGs.

Check your glucose before breakfast, lunch and dinner, at bedtime, and overnight between 1-3 a.m. Fill in boxes below with your glucose numbers. Send completed form as a PDF attachment in MyChart, fax to 206-985-3373, or call the blood glucose line at 206-987-2640 (option 3) on Monday - Friday before 11 a.m.

Holidays and weekends, call 206-987-2000 between 11 a.m. - 12 p.m. and ask them to page the diabetes provider on-call.

Current Dose	Example	Dose	Current Dose	Example	Breakfast	Lunch	Dinner	Comments
Lantus dose a.m.	12		Carb Ratio	1/20				
Lantus dose p.m.	12		Correction Factor	1/50				
			Target BG	120				

Date: _____

	12 a.m.	3 a.m.	6 a.m.	7 a.m.	8 a.m.	9 a.m.	10 a.m.	11 a.m.	12 noon	1 p.m.	2 p.m.	3 p.m.	4 p.m.	5 p.m.	6 p.m.	7 p.m.	8 p.m.	9 p.m.	10 p.m.	11 p.m.	
Blood Glucose:																					
Carbohydrates:																					
Insulin:																					

Parent comments _____

Date: _____

	12 a.m.	3 a.m.	6 a.m.	7 a.m.	8 a.m.	9 a.m.	10 a.m.	11 a.m.	12 noon	1 p.m.	2 p.m.	3 p.m.	4 p.m.	5 p.m.	6 p.m.	7 p.m.	8 p.m.	9 p.m.	10 p.m.	11 p.m.	
Blood Glucose:																					
Carbohydrates:																					
Insulin:																					

Parent comments _____

Date: _____

	12 a.m.	3 a.m.	6 a.m.	7 a.m.	8 a.m.	9 a.m.	10 a.m.	11 a.m.	12 noon	1 p.m.	2 p.m.	3 p.m.	4 p.m.	5 p.m.	6 p.m.	7 p.m.	8 p.m.	9 p.m.	10 p.m.	11 p.m.	
Blood Glucose:																					
Carbohydrates:																					
Insulin:																					

Parent comments _____