

MON CARNET DE ROUTE

EH MOI !
Je suis...



Nom **Prénom**

Date de naissance
 / /

Type de diabète

Type 1
 Type 2
 Gestationnel
 MODY
 LADA
 Autre :

Année de diagnostic

MON DOC'
Je suis suivi par...



Dr/Pr

MON TRAITEMENT



Type

Nom(s)

Je prends ma glycémie avec...

 

EN DATE DU

MA LENTE
OU **MA BASALE**



Lente :
..... u que j'injecte àh.

Basale :

De à : u/h
 De à : u/h

MES BOLUS
OU **MES RATIOS**



Bolus OU **Ratios**

Matin uu /g
Midi uu /g
Goûter uu /g
Soir uu /g

MA CORRECTION
OU **MA SENSIBILITÉ**



1 u fait baisser ma glycémie de g/L

EN DATE DU . .



MA LENTE
OU **MA BASALE**

Lente :
..... u que j'injecte àh.

Basale :
De à : u/h
De à : u/h



MES BOLUS
OU **MES RATIOS**

	Bolus	OU	Ratios
Matin	..... u		.....u /g
Midi	..... u		.....u /g
Goûter	..... u		.....u /g
Soir	..... u		.....u /g



MA CORRECTION
OU **MA SENSIBILITÉ**

1 u fait baisser ma glycémie de g/L

EN DATE DU . .



MA LENTE
OU **MA BASALE**

Lente :
..... u que j'injecte àh.

Basale :
De à : u/h
De à : u/h



MES BOLUS
OU **MES RATIOS**

	Bolus	OU	Ratios
Matin	..... u		.....u /g
Midi	..... u		.....u /g
Goûter	..... u		.....u /g
Soir	..... u		.....u /g



MA CORRECTION
OU **MA SENSIBILITÉ**

1 u fait baisser ma glycémie de g/L