

D E N Í K

DIABETICKÉHO DÍTĚTE



Jméno : Příjmení :

Datum narození

Rodné číslo

Adresa

Telefon rodičů *Otec*

Matka

Zdrav. pojišťovna

DM 1. typu od

Inzuliny - název

Přidružená choroba

.....

.....

Glukometr - typ

Ošetřující diabetolog

Adresa zdrav. zařízení

.....

Telefon

.....

.....

E-mail

Rok:	Inzulín				Glykémie [mmol/l] (hodina)							
Měsíc	R	P	V	N	Sn	Sv1	O	Sv2	V1	V2		
Po												
Út												
St												
Čt												
Pá												
SO												
NE												
Po												
Út												
St												
Čt												
Pá												
SO												
NE												

Moč (cukr / ketolátky)				Výměnné jednotky						Poznámky
R	P	V	N	Sn	Sv1	O	Sv2	V1	V2	
/	/	/	/							
/	/	/	/							
/	/	/	/							
/	/	/	/							
/	/	/	/							
/	/	/	/							
/	/	/	/							
/	/	/	/							
/	/	/	/							
/	/	/	/							
/	/	/	/							
/	/	/	/							
/	/	/	/							
/	/	/	/							
/	/	/	/							

Kontrola: