



**PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
**Secretaria de Saúde**

**FORMULÁRIO PARA O REGISTRO DO AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR**

Unidade de Saúde:

Nome do paciente:

PFJ:

Prontuário:

Data:

Dia da semana	Dia do mês	Café		Almoço		Jantar		Hora de dormir	Madrugada (3h00)
		Antes	2 h após	Antes	2 h após	Antes	2 h após		
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								
	___/___								

Professional: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_