PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
SAÚDE

FORMULÁRIO PARA O REGISTRO DO AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR EM GESTANTES	
Nome do paciente:	**PFJ**

Dia da semana	Data	Jejum	1 h após o café da manhã	Antes do almoço	1 h após o almoço	Antes do jantar	1 h após o jantar	Madrugada (entre 2h00 e 4h00)
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							
	___/___							