PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
SAÚDE

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

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