

Sổ Theo Dõi Đường Huyết



Chúng tôi muốn hỗ trợ các mục tiêu về đường huyết của quý vị. Quý vị và bác sĩ sẽ quyết định mục tiêu của quý vị là gì và cần kiểm tra đường huyết của quý vị thường xuyên như thế nào. Vui lòng mang theo sổ này đến buổi thăm khám tiếp theo với bác sĩ của quý vị.

SỔ THEO DÕI ĐƯỜNG HUYẾT

Vui lòng viết các kết quả đường huyết của quý vị tại cột “Đường Huyết”.
Nếu quý vị dùng insulin, hãy viết các đơn vị tại cột “Đơn Vị”.

TÊN: _____

TUẦN: _____

MỤC TIÊU ĐƯỜNG HUYẾT CỦA TÔI

Nhịn ăn hoặc trước bữa ăn: _____

1-2 giờ sau khi ăn: _____

Hỏi bác sĩ của quý vị xem cần kiểm tra đường huyết của quý vị vào những thời điểm nào	CHỦ NHẬT		THỨ HAI		THỨ BA		THỨ TƯ		THỨ NĂM		THỨ SÁU		THỨ BẢY	
	Đường Huyết	Đơn Vị	Đường Huyết	Đơn Vị	Đường Huyết	Đơn Vị	Đường Huyết	Đơn Vị	Đường Huyết	Đơn Vị	Đường Huyết	Đơn Vị	Đường Huyết	Đơn Vị
TRƯỚC BỮA SÁNG														
SAU BỮA SÁNG														
TRƯỚC BỮA TRƯA														
SAU BỮA TRƯA														
TRƯỚC BỮA TỐI														
SAU BỮA TỐI														
LÚC ĐI NGỦ														
QUA ĐÊM														

Thắc mắc? Gọi Alliance Health Programs • Thứ 2 – Thứ 6, 8 giờ sáng – 5 giờ chiều
Số điện thoại: **1.510.747.4577** • Số điện thoại miễn cước: **1.855.891.9169**
Người khiếm thính và khiếm ngôn (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**
www.alamedaalliance.org

ALAMEDA
Alliance
FOR HEALTH

HE_MBRS_BLOOD SUGAR LOG 04/2023
HED D-18 03/2023