







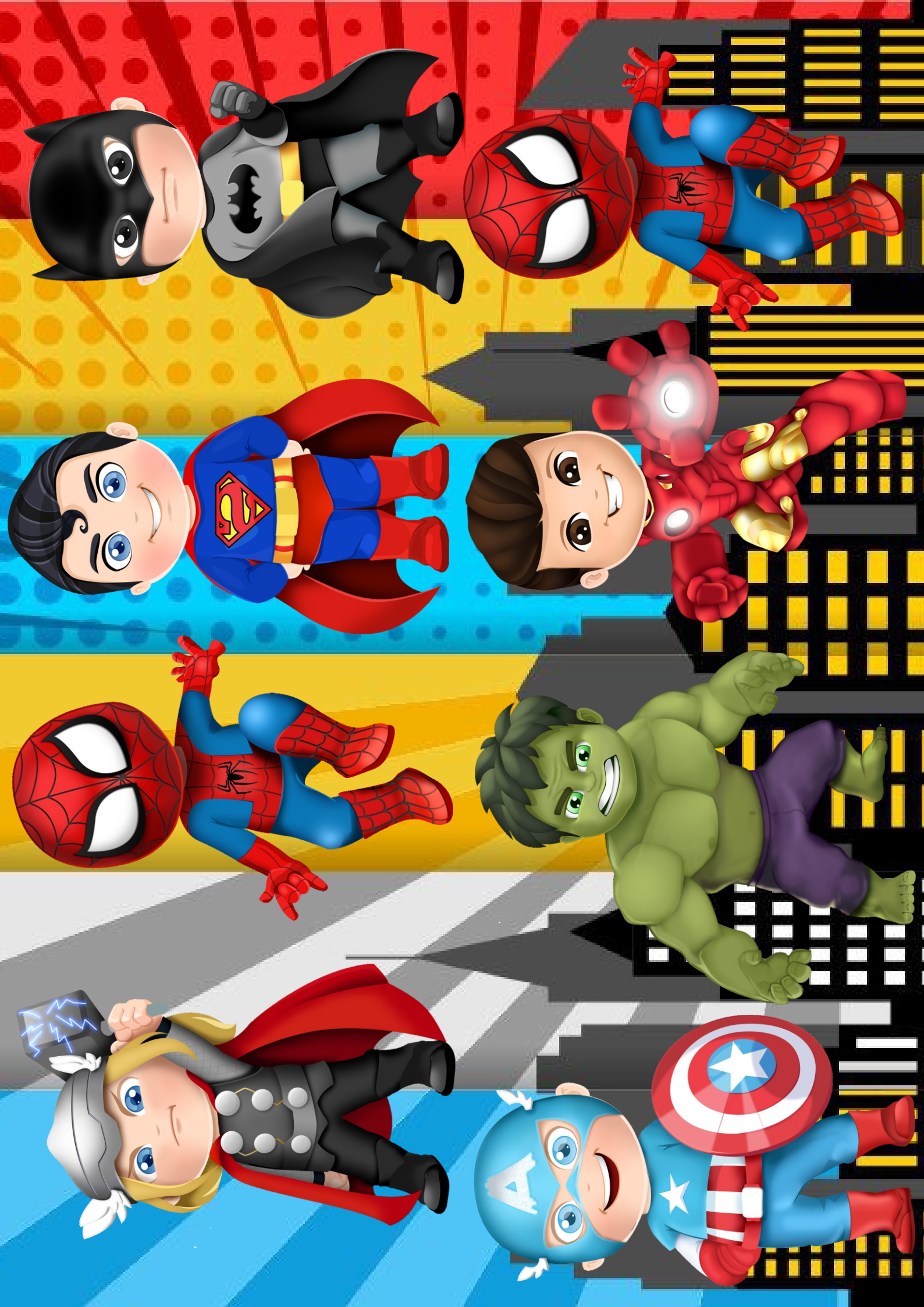


















MEUS DADOS

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

CEP: _____ CIDADE: _____ UF: _____

E-MAIL: _____

SAÚDE

PLANO: _____

TELEFONE: _____

E-MAIL: _____

TIPO SANGUÍNEO: _____

ALERGIAS: _____

FATOR RH: _____

MÉDICO: _____

TELEFONE: _____

EM CASO DE EMERGÊNCIA AVISAR

NOME: _____ TELEFONE: _____

NOME: _____ TELEFONE: _____

MÉDICOS

NOME: _____ TELEFONE: _____

ESPECIALIDADE: _____

NOME: _____ TELEFONE: _____

ESPECIALIDADE: _____

A colorful border with a comic book theme surrounds the central text area. It features various superhero logos and symbols, including the Batman logo, the Captain America shield, the Spider-Man logo, and the Iron Man helmet, set against backgrounds of different colored dots (halftone pattern).

TODOS TEMOS UMA HISTÓRIA
Conte a sua

Minhas Consultas

Data: __/__/____ Horário: _____ Local: _____

Médico: _____

Especialidade: _____

Motivo: _____

Data: __/__/____ Horário: _____ Local: _____

Médico: _____

Especialidade: _____

Motivo: _____

Data: __/__/____ Horário: _____ Local: _____

Médico: _____

Especialidade: _____

Motivo: _____

Data: __/__/____ Horário: _____ Local: _____

Médico: _____

Especialidade: _____

Motivo: _____

OBSERVAÇÕES:

Basal: _____ U D S T Q Q S S
 Horário: _____
 Local: _____
 Glicemia: _____
 DATA: ____/____/____

RÁPIDA:

HORÁRIO	QUANTIDADE	GLICEMIA	LOCAL

Café da Manhã ____ : ____ hrs

				Rápida:	
				CHO:	
				Glicemia:	
				2h depois:	

Lanche ____ : ____ hrs

				Rápida:	
				CHO:	
				Glicemia:	
				2h depois:	

Almoço ____ : ____ hrs

				Rápida:	
				CHO:	
				Glicemia:	
				2h depois:	

Lanche ____ : ____ hrs

				Rápida:	
				CHO:	
				Glicemia:	
				2h depois:	

Jantar ____ : ____ hrs

				Rápida:	
				CHO:	
				Glicemia:	
				2h depois:	

Ceia ____ : ____ hrs

				Rápida:	
				CHO:	
				Glicemia:	
				2h depois:	

Treino: Sim ☐ Não ☐ Qual: _____
 Treinei hoje: Sim ☐ Não ☐ Duração: _____
 Glicemia: Antes _____ Depois _____
 Hora de Sono: _____ Água (250ml) 

Basal: _____ U
 Horário: _____
 Local: _____

MADRUGADA

Rápida: _____ U
 Horário: _____
 Local: _____

Informações Importante:

Informações Importante:

Informações Importante:

Informações Importante:

DIA	CAFÉ DA MANHÃ _____:_____				LANCHE _____:_____				ALMOÇO _____:_____				LANCHE _____:_____				JANTAR _____:_____				CEIA _____:_____				Antes dormir	BASAL	Medrugação
	BASAL	ANTES	ULTRA RÁPIDA	CHO	2H APÓS	ANTES	ULTRA RÁPIDA	CHO	2H APÓS	ANTES	ULTRA RÁPIDA	CHO	2H APÓS	ANTES	ULTRA RÁPIDA	CHO	2H APÓS	ANTES	ULTRA RÁPIDA	CHO	2H APÓS						
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
16																											
17																											
18																											
19																											
20																											
21																											
22																											
23																											
24																											
25																											
26																											
27																											
28																											
29																											
30																											
31																											

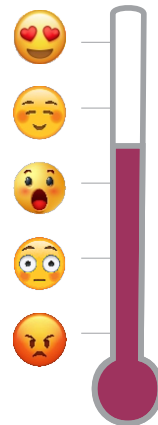
OBSERVAÇÕES

Basal: _____ U

Horário: _____

D S T Q Q S S
□ □ □ □ □ □ □

DATA: ____/____/____



Café da manhã ____ : ____ hrs

Eu comi _____

Rápida: _____

CHO: _____

Glicemia: _____

2h depois: _____

Lanche ____ : ____ hrs

Eu comi _____

Rápida: _____

CHO: _____

Glicemia: _____

2h depois: _____

Almoço ____ : ____ hrs

Eu comi _____

Rápida: _____

CHO: _____

Glicemia: _____

2h depois: _____

Lanche ____ : ____ hrs

Eu comi _____

Rápida: _____

CHO: _____

Glicemia: _____

2h depois: _____

Janta ____ : ____ hrs

Eu comi _____

Rápida: _____

CHO: _____

Glicemia: _____

2h depois: _____

Ceia ____ : ____ hrs

Eu comi _____

Rápida: _____

CHO: _____

Glicemia: _____

2h depois: _____

Treino: Sim ☐ Não ☐ Qual: _____

Treinei hoje: Sim ☐ Não ☐ Duração: _____

Glicemia: Antes _____ Depois _____

Hora de Sono: _____ Água (250ml) 

Informações Importantes

Informações Importante:

ANO: _____

[illegible]

OBSERVAÇÕES

MÊS: _____ ANO: _____

[illegible]

OBSERVAÇÕES