







★ PRINCESS ★







## 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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Glicemia: \_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_

Alterações  
Período Menstrual

informações Importante:

informações Importante:

informações Importante:

DIÁRIO DE ALIMENTAÇÃO									
Café da Manhã		Almoço		Lanche		Jantar		Cetia	
DATA	BASAL	ANTES	ULTRA	ANTES	ULTRA	ANTES	ULTRA	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									

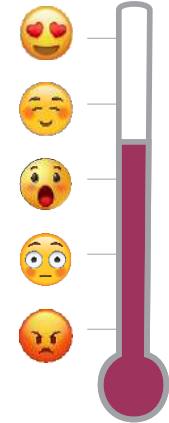
OBSERVAÇÕES

Basal: \_\_\_\_\_ U

D S T Q Q S S

Horário: \_\_\_\_\_

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) 

Alterações  
Período Menstrual

informações Importante:

ANO: **MÊS:**

ANO: \_\_\_\_\_

## OBSERVAÇÕES

ANO:  
MÊS:

## OBSERVAÇÕES