







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: _____

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: _____

Alterações
Período Menstrual

informações Importante:

informações Importante:

informações Importante:

DIA	BASAL	CAFÉ DA MANHÃ _____: _____				LANCHE _____: _____				ALMOÇO _____: _____				LANCHE _____: _____				JANTAR _____: _____				CEIA _____: _____				Antes dormir	BASAL	Madrugada
		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	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																												

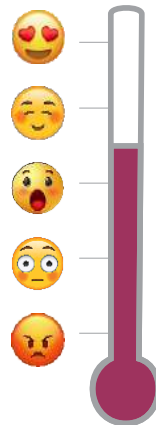
OBSERVAÇÕES

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) 

Alterações
Período Menstrual

informações Importante:

ANO: _____

[illegible]

OBSERVAÇÕES

MÊS: _____ ANO: _____

[illegible]

OBSERVAÇÕES