FICHE SUIVI DU PATIENT DIABETIQUE ET DISTRIBUTION DE MEDICAMENTS

NOM: **PRENOM:**

MOIS: **ANNEE:**

Date	Matin					Midi					Soir				
	HGT	Dose	Lieu	Ttt	IDE	HGT	Dose	Lieu	Ttt	IDE	HGT	Dose	Lieu	Ttt	IDE
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															

Date	Matin					Midi					Soir				
	HGT	Dose	Lieu	Ttt	IDE	HGT	Dose	Lieu	Ttt	IDE	HGT	Dose	Lieu	Ttt	IDE
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															