



Ханты-Мансийский окружной центр
медицинской профилактики

При посещении
врача
всегда берите
дневник с собой



ДНЕВНИК САМОКОНТРОЛЯ ДИАБЕТА

*Окружной центр медицинской профилактики
от всей души желает Вам крепкого здоровья!*

Ханты-Мансийск – 2012

Сведения о пациенте

Фамилия, имя, отчество: _____

Возраст: _____

Домашний телефон: _____

Место работы (учебы) _____

Рабочий телефон: _____

Поликлиника № _____

Телефон врача: _____

Если мне плохо, вызовите скорую помощь (01) и сообщите о случившемся:

Ф.И.О. _____

Тел.: _____

Используемые средства самоконтроля диабета	Инсулин (название, доза)	
Глюкометр:	Инсулин короткого действия: перед завтраком: перед обедом: перед ужином:	
Визуальные тест-полоски:	Инсулин продлённого действия: утром утром или перед сном	

Пероральные сахароснижающие препараты (название, доза): _____

Полезная информация

Критерии компенсации углеводного обмена
у больных сахарным диабетом

Исследуемые параметры	Показатели гликемии при сахарном диабете в состоянии компенсации (целевые значения сахара крови)
HbA1c%	6,5 - 7,5
Сахар крови натощак	<7,5
Сахар крови через 2 часа после еды	<10

_____месяц, _____доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____месяц, _____доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
Проверь свой вес								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____месяц, _____доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____месяц, _____доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
Проверь свой вес								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____ месяц, _____ доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____месяц, _____доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
Проверь свой вес								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____ месяц, _____ доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____месяц, _____доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
Проверь свой вес								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____ месяц, _____ доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____месяц, _____доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
Проверь свой вес								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____ месяц, _____ доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____ месяц, _____ доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
Проверь свой вес								
Проверь холестерин								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____ месяц, _____ доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____месяц, _____доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
Проверь свой вес								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____ месяц, _____ доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____месяц, _____доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
Проверь свой вес								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____ месяц, _____ доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____месяц, _____доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
Проверь свой вес								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____ месяц, _____ доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____месяц, _____доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
Проверь свой вес								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____ месяц, _____ доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____месяц, _____доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
Проверь свой вес								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____ месяц, _____ доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

_____ месяц, _____ доза сахароснижающего препарата

Дата	Сахар крови						АД	Примечание*
	Завтрак		Обед		Ужин			
	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа	до еды	через 2 часа		
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
Проверь свой вес								
Проверь холестерин								

* В примечании указывать коррекцию дозировки сахароснижающих препаратов, состояние здоровья (самочувствие) и другие особенности протекания болезни

ФЕДЕРАЛЬНАЯ ЦЕЛЕВАЯ ПРОГРАММА «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ»

Пациентам с сахарным диабетом 1 типа и пациентам с сахарным диабетом 2 типа, получающих инсулинотерапию, контроль гликемии необходимо проводить ежедневно не менее 3-4-х раз в сутки.

При любом изменении самочувствия – слабость, головная боль, головокружение, тошнота, повышенный аппетит – для исключения гипогликемии необходимо исследовать уровень сахара крови.

При высоких показателях уровня сахара крови более 13 ммоль/л необходимо исследовать реакцию мочи на ацетон.

Во время вирусных и других инфекционных заболеваний, изменении обычного режима дня, значительных физических нагрузках необходим более частый контроль сахара крови.

При подозрении на ночную гипогликемию необходимо исследовать сахар крови в 2.00-4.00 часа ночи. Все гипогликемические состояния необходимо регистрировать в дневнике самоконтроля диабета.

Всем пациентам с сахарным диабетом 1 раз в 3 месяца необходимо исследовать уровень гликированного гемоглобина.

При частых гипогликемических состояниях, повышенных значениях уровня сахара крови, ацетонурии необходимо проконсультироваться с врачом.