

# Diário de Glicemia

Uma ferramenta para ajudar  
no controle da glicemia



# Seu diário de glicemia

## Período do diário:

de \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_

## Dados Pessoais:

Nome \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_

Telefones \_\_\_\_\_

## Dados do médico:

Nome \_\_\_\_\_

Telefones \_\_\_\_\_

## Contato de emergência (parente ou amigo):

Nome \_\_\_\_\_

Grau de parentesco \_\_\_\_\_

Telefones \_\_\_\_\_

# A importância da avaliação

Manter o controle dos níveis de açúcar no sangue é uma das formas de avaliar se o seu diabetes está controlado. Esse diário pode facilitar seu controle. Aqui você anotará os horários de suas refeições, os resultados de seus testes de glicemia e suas doses diárias de insulina.

Na seção de notas, você poderá anotar situações que afetem sua glicemia, tais como:

- Quantidade de alimento ingerido
- Medicamentos em uso
- Quando e quanto você se exercita
- Problemas como doenças, estresse ou sintomas de hipoglicemia (níveis baixos de açúcar no sangue)

Seu diário o ajudará a ver como a sua glicemia se comporta ao longo do tempo. Você e seu médico deverão trabalhar juntos para definir os níveis ideais para sua glicemia.

## Objetivos Glicêmicos:\*,\*\*

Glicemia de jejum	Menor que 110 mg/dL
Glicemia pré-prandial (antes das refeições)	Menor que 110 mg/dL
Glicemia pós-prandial (2 horas após as refeições)	Menor que 140 mg/dL
HbA <sub>1c</sub> (hemoglobina glicada)	Menor que 7,0%

\* Fonte: metas definidas pela Sociedade Brasileira de Diabetes - Diretrizes SBD 2009

\*\* Os objetivos devem ser discutidos com seu médico.

Cada página de seu diário cobre um mês. O diário tem espaço para 6 meses de monitoramento da glicemia.

É importante:

- Manter as anotações diárias
- Ter seu diário sempre à mão para anotar os resultados quando você fizer o teste
- Levar o diário em todas as consultas médicas

Um diário atualizado ajudará você e seu médico a tomarem as melhores decisões sobre seu plano de tratamento do diabetes.

## Exemplo:

Dia	Opcional (doses, alimentação, outros)	Café da manha		Opcional (doses, alimentação, outros)	Almoço		Opcional (doses, alimentação, outros)	Jantar		Dormir/ Madrugada	Ano: <b>2012</b> Mês: <b>maio</b> Observações	1
		Antes	Depois		Antes	Depois		Antes	Depois			
01												
02	25g / 10U											
03												
04					110	190						4 Caminhei 20m
05												
06												
07												

- 1 Anote o mês/ano do acompanhamento.
- 2 Neste espaço você pode marcar a quantidade de insulina aplicada ou a quantidade de carboidrato ingerida conforme orientação do seu médico.
- 3 Anote o resultado do exame de ponta de dedo (glicemia capilar) nos espaços antes e depois das refeições.
- 4 Escreva sempre qualquer coisa que possa afetar as leituras dos resultados nos testes, como: a comida ingerida, exercícios (que tipo e duração), estresse e doenças, pois estes eventos podem ter sido significativos.















© Novo Nordisk Farmacêutica do Brasil Ltda.  
Av. Francisco Matarazzo, 1.500 - 13º andar  
CEP: 05001-100 - São Paulo/SP - Brasil.  
Disk Novo Nordisk: 0800 14 44 88  
Outubro de 2012