

VERENSOKERIN SEURANTALOMAKE (TABLETTI- TAI PERUSINSULIINIHOITO)

Potilaan nimi: _____

Ohjeet mittaukseen:

1. Mittaa verensokeri ennen aamupalaa ja aamupalan jälkeen* kaikkina kolmena päivänä.
2. Mittaa verensokeri yhtenä päivänä ennen ja jälkeen* päivän pääaterian (lounas tai päivällinen).
3. Mittaa verensokeri ennen iltapalaa ja iltapalan jälkeen* yhtenä päivänä.
4. Mittaa verensokeri vähintään kahtena päivänä ennen nukkumaanmenoa (miellään noin 2 h iltapalan jälkeen).
5. Tarvittaessa mittaa verensokeri yöllä ja aina, kun epäilet poikkeavan matalia tai korkeita verensokereita.

* 2 h ruokailun jälkeen

Pvm	Aamupala klo		Lounas klo		Päivällinen klo		Iltapala klo		Yö
	Ennen	2 h jälkeen	Ennen	2 h jälkeen	Ennen	2 h jälkeen	Ennen	2 h jälkeen	
Verensokeri/ klo									
Ins. annos (jos perusinsuliini käytössä)									

Pvm	Aamupala klo		Lounas klo		Päivällinen klo		Iltapala klo		Yö
	Ennen	2 h jälkeen	Ennen	2 h jälkeen	Ennen	2 h jälkeen	Ennen	2 h jälkeen	
Verensokeri/ klo									
Ins. annos (jos perusinsuliini käytössä)									

Pvm	Aamupala klo		Lounas klo		Päivällinen klo		Iltapala klo		Yö
	Ennen	2 h jälkeen	Ennen	2 h jälkeen	Ennen	2 h jälkeen	Ennen	2 h jälkeen	
Verensokeri/ klo									
Ins. annos (jos perusinsuliini käytössä)									

Onko sinulla ollut seuraavia oireita seuranta-ajalla? (rastita):

	päivittäin	viikottain	öisin		päivittäin	viikottain	öisin
Nälän tunne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hikoilu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keskittymisvaikeudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vapina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epämääräinen huonovointisuus/heikotus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Näköhäiriöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Sydämen tykytys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Huimaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Missä yhteyksissä olet kokenut yllä mainittuja oireita?

(esim. fyysinen rasitus tai pitkä aika ruokailusta tms.) _____