

Diário de Glicemia

Uma ferramenta para ajudar
no controle da glicemia

Novo Nordisk

Mudando, a cada dia, a vida
de quem tem diabetes.

Novo Nordisk Farmacêutica do Brasil Ltda.
Av. Francisco Matarazzo, 1.500 - 13º Andar
CEP 05001-100 - São Paulo/SP - Brasil
© Marca Registrada Novo Nordisk A/S
© 2010 Novo Nordisk Farmacêutica do Brasil Ltda
Março/2010
www.novonordisk.com.br
Disk Novo Nordisk: 0800 14 44 88

mudando o diabetes®



NNK-014-02/2010



Seu diário de glicemia

PERÍODO DO DIÁRIO:

de _____ até _____

DADOS PESSOAIS:

Nome _____

Endereço _____

Cidade _____ Estado _____

CEP _____

Telefones _____

DADOS DO MÉDICO:

Nome _____

Telefone _____

CONTATO DE EMERGÊNCIA (PARENTE OU AMIGO):

Nome _____

Grau de parentesco _____

Telefone _____

A importância da avaliação

Manter o controle dos níveis de açúcar no sangue é uma das formas de avaliar se 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 sanguínea 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 _{1c} (hemoglobina glicada)	Menor que 6,5%

* 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 de página guia do diário:

Dia	Opcional (doses, alimentação, outros)	Café da Manhã		Opcional (doses, alimentação, outros)	Almoço		Opcional (doses, alimentação, outros)	Jantar		Opcional (doses, alimentação, outros)	Dormir/ Madrugada	Ano: 2008 Mês: maio Observações
		Antes	Depois		Antes	Depois		Antes	Depois			
01												1
02	25g / 10U											
03		2										
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.

Dia	Opcional (doses, alimentação, outros)	Café da Manhã		Opcional (doses, alimentação, outros)	Almoço		Opcional (doses, alimentação, outros)	Jantar		Opcional (doses, alimentação, outros)	Dormir/ Madrugada	Ano: _____ Mês: _____ Observações
		Antes	Depois		Antes	Depois		Antes	Depois			
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

Dia	Opcional (doses, alimentação, outros)	Café da Manhã		Opcional (doses, alimentação, outros)	Almoço		Opcional (doses, alimentação, outros)	Jantar		Opcional (doses, alimentação, outros)	Dormir/ Madrugada	Ano: _____ Mês: _____ Observações
		Antes	Depois		Antes	Depois		Antes	Depois			
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

* Você e seu médico determinarão juntos os melhores horários de monitorar sua glicose sanguínea.

Dia	Opcional (doses, alimentação, outros)	Café da Manhã		Opcional (doses, alimentação, outros)	Almoço		Opcional (doses, alimentação, outros)	Jantar		Opcional (doses, alimentação, outros)	Dormir/ Madrugada	Ano: _____ Mês: _____ Observações	Dia	Opcional (doses, alimentação, outros)	Café da Manhã		Opcional (doses, alimentação, outros)	Almoço		Opcional (doses, alimentação, outros)	Jantar		Opcional (doses, alimentação, outros)	Dormir/ Madrugada	Ano: _____ Mês: _____ Observações		
		Antes	Depois		Antes	Depois		Antes	Depois						Antes	Depois		Antes	Depois		Antes	Depois					
01													01														
02													02														
03													03														
04													04														
05													05														
06													06														
07													07														
08													08														
09													09														
10													10														
11													11														
12													12														
13													13														
14													14														
15													15														
16													16														
17													17														
18													18														
19													19														
20													20														
21													21														
22													22														
23													23														
24													24														
25													25														
26													26														
27													27														
28													28														
29													29														
30													30														
31													31														

* Você e seu médico determinarão juntos os melhores horários de monitorar sua glicose sanguínea.

Dia	Opcional (doses, alimentação, outros)	Café da Manhã		Opcional (doses, alimentação, outros)	Almoço		Opcional (doses, alimentação, outros)	Jantar		Opcional (doses, alimentação, outros)	Dormir/ Madrugada	Ano: _____ Mês: _____ Observações	Dia	Opcional (doses, alimentação, outros)	Café da Manhã		Opcional (doses, alimentação, outros)	Almoço		Opcional (doses, alimentação, outros)	Jantar		Opcional (doses, alimentação, outros)	Dormir/ Madrugada	Ano: _____ Mês: _____ Observações		
		Antes	Depois		Antes	Depois		Antes	Depois						Antes	Depois		Antes	Depois		Antes	Depois					
01													01														
02													02														
03													03														
04													04														
05													05														
06													06														
07													07														
08													08														
09													09														
10													10														
11													11														
12													12														
13													13														
14													14														
15													15														
16													16														
17													17														
18													18														
19													19														
20													20														
21													21														
22													22														
23													23														
24													24														
25													25														
26													26														
27													27														
28													28														
29													29														
30													30														
31													31														

* Você e seu médico determinarão juntos os melhores horários de monitorar sua glicose sanguínea.