

## SCHEMA TERAPIA INSULINICA per bambini con diabete

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**NATO** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_ **CLASSE** \_\_\_\_\_ **A.S.** \_\_\_\_\_

**CENTRO DI RIFERIMENTO** \_\_\_\_\_ **MEDICO** \_\_\_\_\_

**TEL.** \_\_\_\_\_

<b>PRANZO ORE</b>	_____
<b>TIPO DI INSULINA</b>	_____
<b>GLICEMIA</b>	<b>DOSE DI INSULINA</b>
<b>&lt;100</b>	
<b>100-150</b>	
<b>150-200</b>	
<b>200-250</b>	
<b>250-300</b>	
<b>&gt;300</b>	

ROMA.....

Firma e Timbro.....

D3