Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

FEUILLE D'ENREGISTREMENT DES GLYCÉMIES PAR LES AIDES-SOIGNANTS

Direction clinique _____ Programme _____ Site _____

DATE (aaaa/mm/jj)	MATIN			MIDI			SOUPER			COUCHER			HORS HORAIRE		
	Heure (hh:mm)	Résultat	Initiales	Heure (hh:mm)	Résultat	Initiales	Heure (hh:mm)	Résultat	Initiales	Heure (hh:mm)	Résultat	Initiales	Heure (hh:mm)	Résultat	Initiales

Nom :

N° dossier :

DATE (aaaa/mm/jj)	MATIN			MIDI			SOUPER			COUCHER			HORS HORAIRE		
	Heure (hh:mm)	Résultat	Initiales	Heure (hh:mm)	Résultat	Initiales	Heure (hh:mm)	Résultat	Initiales	Heure (hh:mm)	Résultat	Initiales	Heure (hh:mm)	Résultat	Initiales

INITIALES	SIGNATURE	PROFESSION	INITIALES	SIGNATURE	PROFESSION