MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ	GEBE KAN ŞEKERİ TAKİP FORMU	

HB.FR.16	25.09.2017	Revizyon No	Revizyon tarihi	1/1

Bölüm Adı: **Protokol No:**

ADI – SOYADI:	BOY: KİLO:	VKİ : İDEAL KİLO:	DİYET:

TARİH	KİLO	SABAH				ÖĞLE				AKŞAM				GECE			
		DOZ	AÇLIK	1.SAAT	2.SAAT	DOZ	AÇLIK	1.SAAT	2.SAAT	DOZ	AÇLIK	1.SAAT	2.SAAT	DOZ	23:30	02:00	04:00