REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Barn- och ungdomsmedicin
Diabetesteamet

Namn_____ Personnummer_____

Datum_____ Kolhydratkvot_____ Korrigeringskvot_____ Max korrigeringsdos_____(0,1 E/kg)

Kolhydratkvot_____

Kolhydratkvot_____

Måltid		**Livsmedel**	**Kolhydrater**		**Mängd**	**Kolhydrater**	**Blodsocker**		**Insulin**	**Korrige-ringsdos**	**Känning**	
Typ	Tid	Obs! Ett livsmedel på varje rad	100 g	gram	gram(dl msk, tsk, st)	Total	Före	Efter	**E**	**E**	Symtom	Tid