



HSM0027

No dossier: _____
 Nom: _____
 Prénom: _____
 DOR: _____ NAM: _____ TAP: _____
 Classification: _____

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
RÉSULTAT DE LA GLYCÉMIE CAPILLAIRE
 (analyse de biologie délocalisée)

		Déjeuner		Dîner		Souper		Coucher	Nuit
		a.c.	p.c.	a.c.	p.c.	a.c.	p.c.		
Date (aaaa-mm-jj):	Heure (hh:mm)								
	Résultat								
	Initiales								
Date (aaaa-mm-jj):	Heure (hh:mm)								
	Résultat								
	Initiales								
Date (aaaa-mm-jj):	Heure (hh:mm)								
	Résultat								
	Initiales								
Date (aaaa-mm-jj):	Heure (hh:mm)								
	Résultat								
	Initiales								
Date (aaaa-mm-jj):	Heure (hh:mm)								
	Résultat								
	Initiales								
Date (aaaa-mm-jj):	Heure (hh:mm)								
	Résultat								
	Initiales								
Date (aaaa-mm-jj):	Heure (hh:mm)								
	Résultat								
	Initiales								
Date (aaaa-mm-jj):	Heure (hh:mm)								
	Résultat								
	Initiales								

Légende : a.c. = avant repas p.c. = après repas

Nom / Titre (lettres moulées)	Signature	Init.	Nom / Titre (lettres moulées)	Signature	Init.



HSM0027

DATE (aaaa-mm-jj)	N° DOSSIER
POSTE	FONCTION

RÉSULTAT DE LA GLYCÉMIE CAPILLAIRE LORS D'UNE SITUATION PARTICULIÈRE
(perfusion d'insuline IV, hypoglycémie, etc).

DATE (aaaa-mm-jj)	HEURE (hh:mm)	RÉSULTATS	INITIALES

Nom / Titre (lettres moulées)	Signature	Init.	Nom / Titre (lettres moulées)	Signature	Init.