Nom /prénom : **Mon traitement pour le diabète en pratique** : Date :

Mon traitement: Nom et dosage de mes médicaments	Mes prises				Je le prends **quand** par rapport **au repas?**	Dans certaines situations : je prends des **précautions**	Effet Indésirable (noter un effet secondaire **principal**)	Une **question** que je me pose **ou** Une **difficulté** que j'ai rencontrée
	matin	midi	Diner	coucher				
Ex metformine 1000 ……								
…… ……								
…… ……								
…… ……								
…… ……								
…… ……								
…… ……								