

MON CARNET DE LIAISON ET D'AUTOSURVEILLANCE

DU DIABÈTE GESTATIONNEL



MON CARNET DE LIAISON

ET D'AUTOSURVEILLANCE DU DIABÈTE GESTATIONNEL

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

N° de Sécurité sociale :

Renseignements utiles

Nom du médecin traitant (réfèrent)  Tél. du médecin traitant (réfèrent)

Nom du diabétologue  Tél. du diabétologue

Nom de l'infirmière d'éducation thérapeutique  Tél. de l'hôpital habituel

Nom de la sage-femme  Tél. de l'hôpital habituel

Service Gynécologie-Obstétrique :  Tél. Consultations  Tél. Salle de naissance

 Tél. Urgences  Tél. Grossesses à hauts risques

MES RENDEZ-VOUS

Gynécologue-obstétricien

Dates	Horaires	Lieu
.....
.....
.....

Diabétologue

Dates	Horaires	Lieu
.....
.....
.....

Sage-femme

Dates	Horaires	Lieu
.....
.....
.....

MES RENDEZ-VOUS

Gynécologue-obstétricien

Dates	Horaires	Lieu
.....
.....
.....

Diabétologue

Dates	Horaires	Lieu
.....
.....
.....

Sage-femme

Dates	Horaires	Lieu
.....
.....
.....

4

SOMMAIRE

Qu'est-ce que le diabète gestationnel ?	6-7
Conseils diététiques	8-9
Mon semainier diététique	10-11
Mon suivi de rendez-vous	12-19
L'autosurveillance glycémique	20-21
Mon Carnet d'autosurveillance glycémique	22-73
Ma courbe fœtale	74-75
L'injection d'insuline	76-81
Après l'accouchement	82-83
Diminuez votre risque de diabète	84-87

5

QU'EST-CE QUE LE DIABÈTE GESTATIONNEL ?

Définition :

Le diabète gestationnel est un trouble de la tolérance glucidique diagnostiqué pour la première fois au cours de la grossesse. Il est recommandé de le dépister entre la 24^e et la 28^e semaine d'aménorrhée chez les patientes ayant au moins un des facteurs de risque (âge supérieur à 35 ans, antécédents de diabète au 1^{er} degré – parents –, antécédents de macrosomie fœtale, surpoids) grâce à un test d'hyperglycémie provoquée par voie orale avec 75 g de glucose.

Le diagnostic de diabète gestationnel est posé si la glycémie est :

- À jeun : supérieure ou égale à 0,92 grammes/Litre de sang
- 1h après le repas : supérieure ou égale à 1,80 g/L
- 2h après le repas : supérieure ou égale à 1,53 g/L



Quels sont les risques pour le bébé ?

À travers le placenta, le sucre passe facilement chez le fœtus. En réponse, l'enfant va sécréter de l'insuline, ce qui va le faire grossir.

Lorsque l'enfant dépasse 4 kg, on parle de **macrosomie**. Celle-ci est dépistée par l'échographie et peut poser des problèmes au moment de l'accouchement, qui risque alors d'être plus difficile.

Si vous avez un terrain favorable au développement d'un diabète, l'enfant héritera potentiellement de ce terrain : donnez-lui le plus tôt possible de bonnes habitudes alimentaires et incitez-le à pratiquer une activité physique.

Comment gérer son diabète gestationnel ?

3 possibilités :

- **Le contrôle de sa glycémie par autosurveillance (ASG) =**
L'objectif à jeun est inférieur ou égal à 0,95 g/L et il doit être inférieur ou égal à 1,20 g/L deux heures après le repas ;
Il est traité à partir de 0,95 g/L à jeun.
- **Un contrôle diététique**
- **Une activité physique régulière**

Si les conseils alimentaires ne suffisent pas, on peut avoir recours à des injections d'insuline. L'insuline n'est pas dangereuse pour l'enfant, c'est l'hyperglycémie qui pose problème.

MON SEMAINIER DIÉTÉTIQUE

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

Samedi

Dimanche

Pour noter le détail de vos repas, jour après jour.

MATIN



Matinée



MIDI



Après-midi



SOIR



Soirée



MON SUIVI DE RENDEZ-VOUS

Date : Nom du consultant :

Terme : Poids :

- Consultation chez le diabétologue
- Consultation chez l'obstétricien ou la sage-femme
- Rendez-vous relatif aux règles hygiéno-diététiques (RHD)
- Rendez-vous relatif à l'utilisation de l'insuline

Observations :

.....

.....

Date : Nom du consultant :

Terme : Poids :

- Consultation chez le diabétologue
- Consultation chez l'obstétricien ou la sage-femme
- Rendez-vous relatif aux règles hygiéno-diététiques (RHD)
- Rendez-vous relatif à l'utilisation de l'insuline

Observations :

.....

.....

Date : Nom du consultant :

Terme : Poids :

- Consultation chez le diabétologue
- Consultation chez l'obstétricien ou la sage-femme
- Rendez-vous relatif aux règles hygiéno-diététiques (RHD)
- Rendez-vous relatif à l'utilisation de l'insuline

Observations :

.....

.....

Date : Nom du consultant :

Terme : Poids :

- Consultation chez le diabétologue
- Consultation chez l'obstétricien ou la sage-femme
- Rendez-vous relatif aux règles hygiéno-diététiques (RHD)
- Rendez-vous relatif à l'utilisation de l'insuline

Observations :

.....

.....

MON SUIVI DE RENDEZ-VOUS

Date : Nom du consultant :

Terme : Poids :

- Consultation chez le diabétologue
- Consultation chez l'obstétricien ou la sage-femme
- Rendez-vous relatif aux règles hygiéno-diététiques (RHD)
- Rendez-vous relatif à l'utilisation de l'insuline

Observations :

.....

.....

Date : Nom du consultant :

Terme : Poids :

- Consultation chez le diabétologue
- Consultation chez l'obstétricien ou la sage-femme
- Rendez-vous relatif aux règles hygiéno-diététiques (RHD)
- Rendez-vous relatif à l'utilisation de l'insuline

Observations :

.....

.....

Date : Nom du consultant :

Terme : Poids :

- Consultation chez le diabétologue
- Consultation chez l'obstétricien ou la sage-femme
- Rendez-vous relatif aux règles hygiéno-diététiques (RHD)
- Rendez-vous relatif à l'utilisation de l'insuline

Observations :

.....

.....

Date : Nom du consultant :

Terme : Poids :

- Consultation chez le diabétologue
- Consultation chez l'obstétricien ou la sage-femme
- Rendez-vous relatif aux règles hygiéno-diététiques (RHD)
- Rendez-vous relatif à l'utilisation de l'insuline

Observations :

.....

.....

MON SUIVI DE RENDEZ-VOUS

Date : Nom du consultant :

Terme : Poids :

- Consultation chez le diabétologue
- Consultation chez l'obstétricien ou la sage-femme
- Rendez-vous relatif aux règles hygiéno-diététiques (RHD)
- Rendez-vous relatif à l'utilisation de l'insuline

Observations :

.....

.....

Date : Nom du consultant :

Terme : Poids :

- Consultation chez le diabétologue
- Consultation chez l'obstétricien ou la sage-femme
- Rendez-vous relatif aux règles hygiéno-diététiques (RHD)
- Rendez-vous relatif à l'utilisation de l'insuline

Observations :

.....

.....

Date : Nom du consultant :

Terme : Poids :

- Consultation chez le diabétologue
- Consultation chez l'obstétricien ou la sage-femme
- Rendez-vous relatif aux règles hygiéno-diététiques (RHD)
- Rendez-vous relatif à l'utilisation de l'insuline

Observations :

.....

.....

Date : Nom du consultant :

Terme : Poids :

- Consultation chez le diabétologue
- Consultation chez l'obstétricien ou la sage-femme
- Rendez-vous relatif aux règles hygiéno-diététiques (RHD)
- Rendez-vous relatif à l'utilisation de l'insuline

Observations :

.....

.....

MON SUIVI DE RENDEZ-VOUS

Date : Nom du consultant :

Terme : Poids :

- Consultation chez le diabétologue
- Consultation chez l'obstétricien ou la sage-femme
- Rendez-vous relatif aux règles hygiéno-diététiques (RHD)
- Rendez-vous relatif à l'utilisation de l'insuline

Observations :

.....

.....

Date : Nom du consultant :

Terme : Poids :

- Consultation chez le diabétologue
- Consultation chez l'obstétricien ou la sage-femme
- Rendez-vous relatif aux règles hygiéno-diététiques (RHD)
- Rendez-vous relatif à l'utilisation de l'insuline

Observations :

.....

.....

Date : Nom du consultant :

Terme : Poids :

- Consultation chez le diabétologue
- Consultation chez l'obstétricien ou la sage-femme
- Rendez-vous relatif aux règles hygiéno-diététiques (RHD)
- Rendez-vous relatif à l'utilisation de l'insuline

Observations :

.....

.....

Date : Nom du consultant :

Terme : Poids :

- Consultation chez le diabétologue
- Consultation chez l'obstétricien ou la sage-femme
- Rendez-vous relatif aux règles hygiéno-diététiques (RHD)
- Rendez-vous relatif à l'utilisation de l'insuline

Observations :

.....

.....

L'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



L'autosurveillance glycémique consiste à mesurer la glycémie capillaire (prélèvement de sang au bout des doigts). Grâce à cette mesure, on adapte son traitement, on diminue le risque de complications et d'hypoglycémie.

Quand pratiquer l'autosurveillance ?

Cela peut varier de 4 à 6 fois/jour :

- **Dans le diabète gestationnel :**
 - **Traité par insuline :** aussi souvent qu'on a besoin pour adapter les doses d'insuline.
 - **Traité par des mesures hygiéno-diététique :** elle sert à évaluer le niveau de contrôle glycémique : demandez la fréquence à votre médecin.
- **Elle est aussi utile** en cas de malaise, d'activité physique, pour tester le pouvoir sucrant d'un aliment, etc. Lorsqu'on est malade, il faut particulièrement bien surveiller sa glycémie.



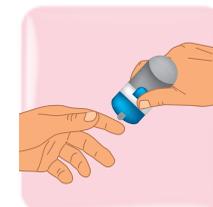
Comment pratiquer l'autosurveillance ?



1 Se laver les mains



2 Insérer la bandelette dans le lecteur



3 Se piquer le bout du doigt à l'aide d'une lancette



4 Faire perler une goutte de sang



5 La déposer à l'extrémité de la bandelette



6 Jeter la bandelette dans le vacutainer

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique : _____

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique : _____

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE

	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

Après le repas : _____

MON CARNET

D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

Semaine du : _____

Objectif glycémique :

Semaine d'aménorrhée : _____

Avant le repas : _____



Poids : _____

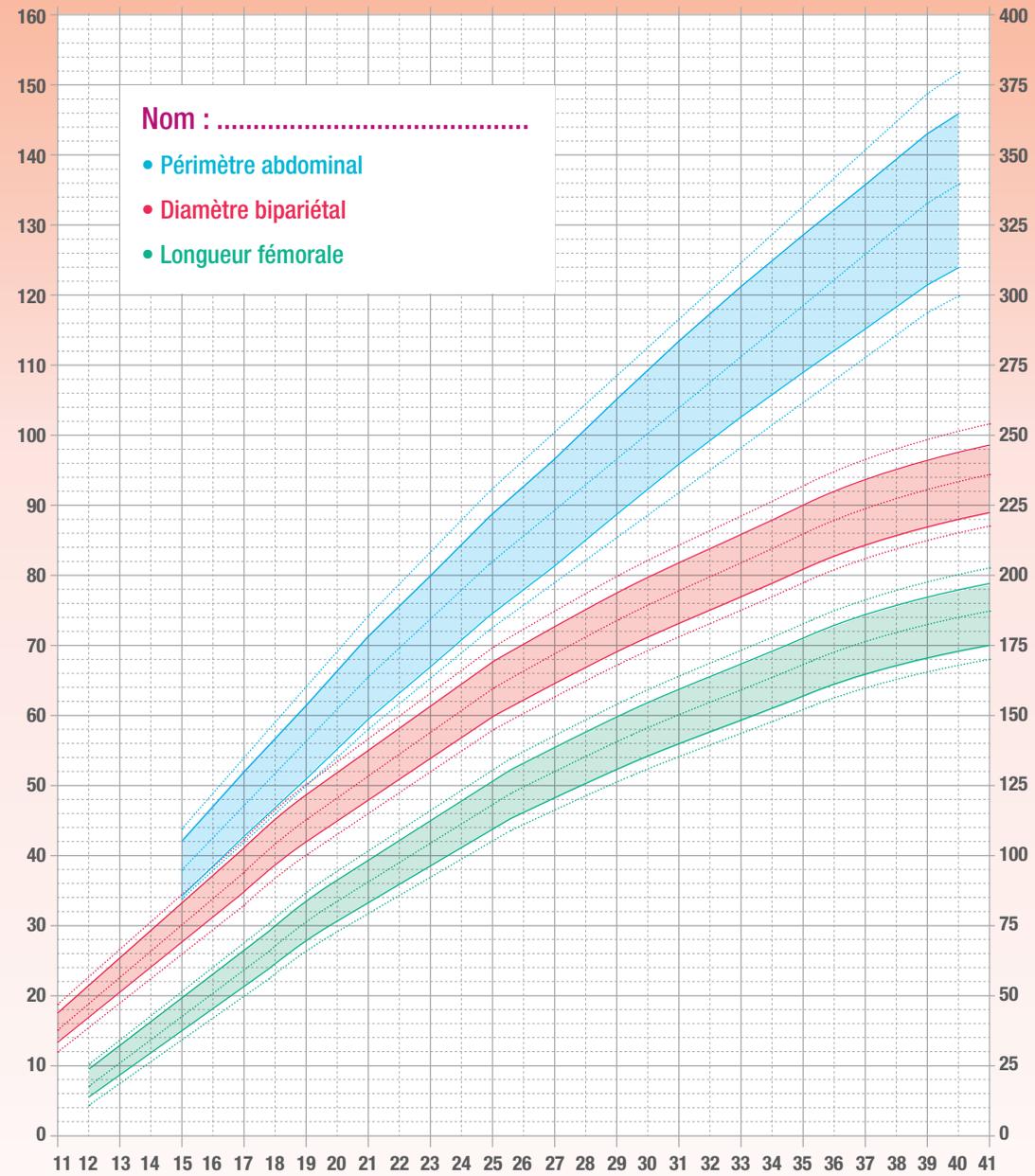
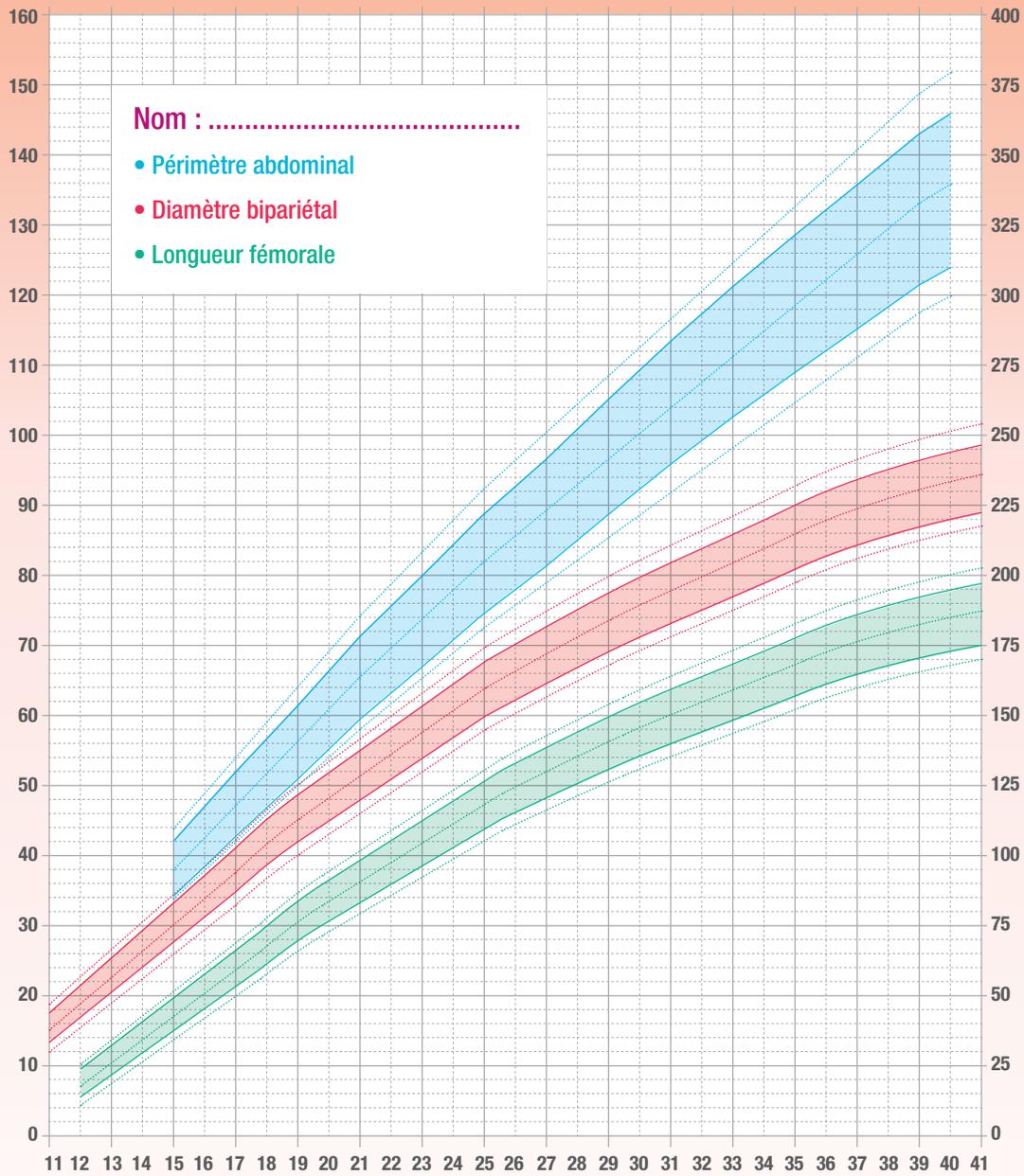
Après le repas : _____

MON CARNET D'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE



	Matin			Midi			Soirée				Événements exceptionnels (hypoglycémies mineures et sévères avec leurs causes, si vous les retrouvez / repas inhabituels / activités physiques / maladies)	Mon poids
	Glycémie au réveil	Insuline du petit déjeuner	Glycémie après le petit déjeuner	Glycémie avant le déjeuner	Insuline du déjeuner	Glycémie après le déjeuner	Glycémie avant le dîner	Insuline du dîner	Glycémie après le dîner	Insuline au coucher		
LUNDI												
MARDI												
MERCREDI												
JEUDI												
VENDREDI												
SAMEDI												
DIMANCHE												
MOYENNE												

MA COURBE FŒTALE



L'INJECTION D'INSULINE

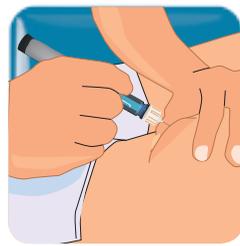
Avec un stylo rechargeable

Une injection bien faite

L'injection doit être faite sous la peau (en sous-cutané) avec ou sans pli cutané (techniques recommandées sur avis médical).



sans pli



avec pli

Préparation du matériel d'injection

- Lavez-vous les mains à l'eau chaude et au savon.
Ne pas utiliser d'alcool.
- Préparez le matériel.

L'insuline doit être utilisée à température ambiante
(sortir du réfrigérateur l'insuline neuve au moins 1 heure avant l'injection).

L'insuline entamée pourra être conservée à température ambiante, il n'est donc pas nécessaire de la garder au réfrigérateur.

- Préparez votre stylo injecteur.
- Mettez en place l'aiguille.
Pour un même patient, le tissu adipeux sous-cutané peut atteindre une épaisseur différente. Il existe différentes tailles d'aiguilles.



L'INJECTION D'INSULINE

Avec un stylo prérempli

- 1 Enlever le capuchon du stylo.



- 2 Visser l'aiguille sur le stylo prérempli.



- 3 Vérifier la quantité d'insuline et l'écoulement du produit avant injection.



Sélection de la zone d'injection

- Pour éviter la formation d'épaississement de la peau (lipodystrophie) qui perturbe l'action de l'insuline, il est conseillé de ne pas toujours se piquer au même endroit.
- Il faut choisir le site d'injection en fonction de l'insuline choisie. *Il peut être bon de garder la même zone à la même heure.*
- Lorsqu'une activité physique ou sportive est programmée, évitez de piquer la zone en regard du muscle sollicité.



L'INJECTION D'INSULINE

L'injection

- Remettez en suspension les insulines qui le nécessitent (cf. notice de votre insuline) en agitant le stylo 10 fois.



- Faites **une purge** pour éviter les bulles d'air.



- Sélectionnez la dose nécessaire à votre injection.



- Injectez en appuyant à fond sur le bouton poussoir.



- Avec ou sans pli, comptez jusqu'à **10 secondes** à la fin de l'injection avant de retirer l'aiguille (selon la technique recommandée par votre médecin).



- Vérifiez que toute la dose a été injectée.



- Dévissez et retirez l'aiguille et insérez-la dans un collecteur adapté.



- Laissez le stylo sans aiguille après utilisation.



APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Que faire après l'accouchement ?

Quelques conseils à respecter :

- Manger équilibré
- Maintenir une activité physique
- Surveiller son poids
- Faire un bilan dans les 3 mois après l'accouchement et lors d'un nouveau projet de grossesse.



DIMINUEZ VOTRE RISQUE DE DIABÈTE



vous avez eu un diabète pendant votre grossesse

Vous avez un risque
de devenir diabétique.
Faites-vous dépister !
Parlez-en à votre médecin



- Un dépistage vous est recommandé dans les 2 à 3 mois qui suivent l'accouchement, puis régulièrement
- Si vous avez à nouveau trop de sucre dans le sang, des solutions existent, **parlez-en à votre médecin !**

bougez plus et mangez mieux !

➔ Saisissez toutes les occasions du quotidien pour bouger
(déplacement, activités ménagères, petites courses, jeux avec les enfants...)



Faites vos petites courses
à pied (pain, journal...)

Promenez votre bébé
au moins une fois
par jour



Privilégiez les escaliers



Plus que l'intensité de l'effort c'est surtout sa régularité qui compte

➔ Équilibrez vos habitudes alimentaires :



Consommez au moins 5 fruits
et légumes par jour

Limitez votre consommation
de sucre, de graisse et de sel

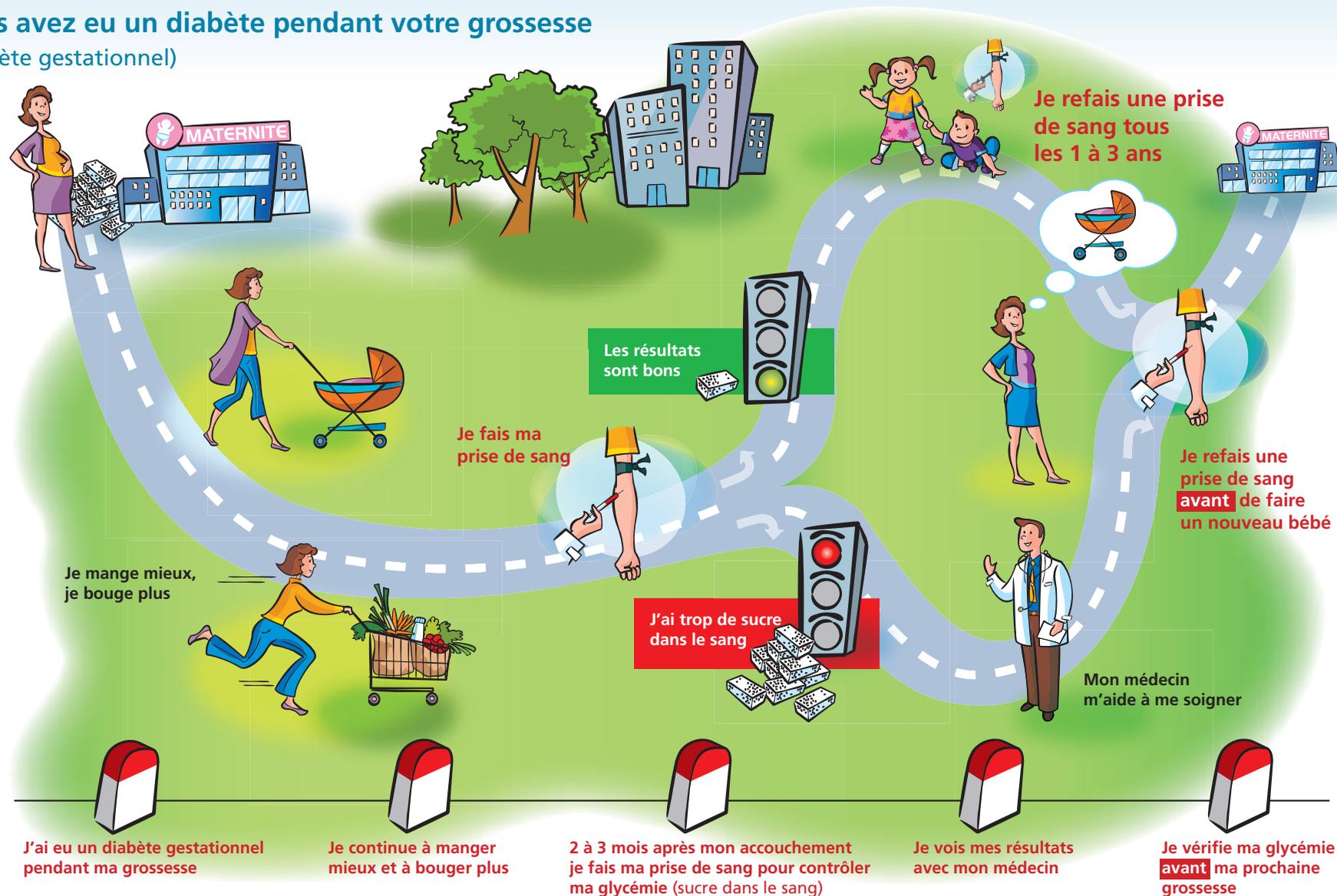
Buvez de l'eau à volonté

Évitez les grignotages



DIMINUEZ VOTRE RISQUE DE DIABÈTE

Vous avez eu un diabète pendant votre grossesse (diabète gestationnel)



Pour toutes questions sur le mode d'emploi des stylos injecteurs
Novo Nordisk, contactez le service client au :

Service d'information médicale

0 800 803 070 Service & appel
gratuits

du lundi au vendredi de 9h à 18h

Vous pouvez aussi nous joindre depuis les DOM-POM au 01 41 97 65 00

Vous pouvez aussi consulter les sites :

www.diabete.fr
www.novonordisk.fr

FR/DBE/1116/0103

Novo Nordisk
Cœur Défense - Tour B
100, Esplanade Charles-de-Gaulle
92932 LA DEFENSE CEDEX

