

Personnummer:

Namn:

Hypoglykemi

Fyll i så många formulär du behöver.

Fylls i varje gång du uppmäter blodsockervärde under 3,0 och/ eller drabbas av insulinkänning eller insulinkoma

Datum_____ Tid_____ Blodsockervärde_____

Symtom som kändes/märktes (ringa in alla symtom som kändes/märktes)

Svettningar Synstörning Annat:_____

Skakningar Förändrat beteende _____

Hjärtklappning Förvirring eller **INGA SYMTOM**

Symtomen märktes av (ringa in ett alternativ)

Dig själv Någon annan Inga symtom, men lågt värde upptäcktes vid rutinkontroll av blodsocker

Vilken behandling behövde Du? (ringa in alla som behövdes)

Dryck, mat, druvsocker eller liknande Hjälp av någon annan Injektion Glukagon Sjukhus/Ambulans

Datum_____ Tid_____ Blodsockervärde_____

Symtom som kändes/märktes (ringa in alla symtom som kändes/märktes)

Svettningar Synstörning Annat:_____

Skakningar Förändrat beteende _____

Hjärtklappning Förvirring eller **INGA SYMTOM**

Symtomen märktes av (ringa in ett alternativ)

Dig själv Någon annan Inga symtom, men lågt värde upptäcktes vid rutinkontroll av blodsocker

Vilken behandling behövde Du? (ringa in alla som behövdes)

Dryck, mat, druvsocker eller liknande Hjälp av någon annan Injektion Glukagon Sjukhus/Ambulans