

(for pts with pre-pregnancy DM/Type I or II)



VALLEY HEALTH PARTNERS

CWM Diabetes in Pregnancy Program

Fax: 610-969-2197

Phone: 610-402-1600

Report blood sugars by 12pm

Name

Phone Number

MRN

Due Date

Date of Birth

Breakfast		Pre Lunch	Lunch	Pre Dinner	Dinner	Comments (diet, exercise, stress, illness)
Date	Blood Glucose Fasting	Blood Glucose (1 hr after)	Blood Glucose (1hr after)	Blood Glucose	Blood Glucose (1hr after)	
Goals	60-95 mg/dl	<135 mg/dl	< 100 mg/dl	< 135 mg/dl	< 100 mg/dl	< 135 mg/dl

Please write your current medication doses below before sending

Current Medication doses:

New medication doses:

Provider Comments:

Breakfast: ___ units ___

Breakfast: ___ units ___

___ units ___

___ units ___

Lunch: ___ units ___

Lunch: ___ units ___

Dinner: ___ units ___

Dinner: ___ units ___

Bedtime: ___ units ___

Bedtime: ___ units ___

Glyburide/ Metformin dose:

Glyburide/Metformin dose:

Weight: _____

AM _____ mg

AM _____ mg

Gestational Age: _____

Ultrasound date: _____

EFW ___% AC ___% AFI ___cm

PROVIDER SIGNATURE

DATE

(for pts with Gestational DM)



CWM Diabetes in Pregnancy Program
 Fax: 610-969-2197
 Phone: 610-402-1600
Report blood sugars by 12pm

_____	_____
Name	Phone Number
_____	_____
MRN	Due Date

Date of Birth	

Date	Breakfast		Lunch	Dinner	Comments (diet, exercise, stress, illness)
	Blood Glucose Fasting	Blood Glucose (1 hr after)	Blood Glucose (1hr after)	Blood Glucose (1hr after)	
Goals	60-95 mg/dl	<135 mg/dl	< 135 mg/dl	< 135 mg/dl	

Please write your current medication doses below before sending

Current Medication doses:
 Breakfast: ___ units ___
 ___ units ___
 Lunch: ___ units ___
 Dinner: ___ units ___
 Bedtime: ___ units ___

New medication doses:
 Breakfast: ___ units ___
 ___ units ___
 Lunch: ___ units ___
 Dinner: ___ units ___
 Bedtime: ___ units ___

Provider Comments:

Glyburide/ Metformin dose:
 AM _____ mg

Glyburide/Metformin dose:
 AM _____ mg

Weight: _____
 Gestational Age: _____
 Ultrasound date: _____
 EFW ___% AC ___% AFI ___cm

 PROVIDER SIGNATURE DATE



VALLEY HEALTH PARTNERS

Programa de Diabetes en el Embarazo de CWM

Fax: 610-969-2197

Teléfono: 610-402-1600 MRN

Informe de los azúcares en la sangre antes de las 12pm

Nombre

MRN

Numero de telefono

Fecha de vencimiento

Fecha de nacimiento

Desayuno		Almuerzo	Cena	Comentarios
Fecha	Azúcar En la sangre (antes)	Azúcar En la sangre (una hora después)	Azúcar En la sangre (una hora después)	(dieta, ejercicio, tensión, enfermedad)
	60-95 mg/dl	<135 mg/dl	<135 mg/dl	

Escriba sus dosis actuales de medicamentos para la diabetes

Dosis actuales de la medicación:

Mañana: ___ units ___

Desayuno: ___ units ___

Almuerzo: ___ units ___

Cena: ___ units ___

Noche: ___ units ___

Nuevas dosis de medicación:

Mañana: ___ units ___

Desayuno: ___ units ___

Almuerzo: ___ units ___

Cena: ___ units ___

Noche: ___ units ___

Provider Comments:

Glyburide/ Metformin dosis:

AM _____ mg

Cena/Noche _____ mg

Glyburide/Metformin dosis:

AM _____ mg

Cena/Noche _____ mg

Weight: _____

Gestational Age: _____

Ultrasound date: _____

EFW ___% AC ___% AFI ___cm

PROVIDER SIGNATURE

DATE



VALLEY HEALTH PARTNERS

Programa de Diabetes en el Embarazo de CWM

Fax: 610-969-2197

Teléfono: 610-402-1600 MRN

Informe de los azúcares en la sangre antes de las 12pm

Nombre

Numero de telefono

MRN

Fecha de vencimiento

Fecha de nacimiento

Desayuno		Antes de almuerzo	Almuerzo	Antes de cena	Cena	Comentarios (dieta, ejercicio, tensión, enfermedad)
Fecha	Azúcar En la sangre (antes)	Azúcar En la sangre (una hora después)	Azúcar En la sangre (una hora después)		Azúcar En la sangre (una hora después)	
	60-95 mg/dl	<135 mg/dl	<100 mg/dl	<135 mg/dl	< 100 mg/dl	<135 mg/dl

Escriba sus dosis actuales de medicamentos para la diabetes

Dosis actuales de la medicación:

Mañana: ___ units ___
Desayuno: ___ units ___
Almuerzo: ___ units ___
Cena: ___ units ___
Noche: ___ units ___

Nuevas dosis de medicación:

Mañana: ___ units ___
Desayuno: ___ units ___
Almuerzo: ___ units ___
Cena: ___ units ___
Noche: ___ units ___

Provider Comments:

Glyburide/ Metformin dosis:

AM _____ mg
Cena/Noche _____ mg

Glyburide/Metformin dosis:

AM _____ mg
Cena/Noche _____ mg

Weight: _____

Gestational Age: _____

Ultrasound date: _____

AFI _____ cm EFW _____ % AC _____ %

PROVIDER SIGNATURE

DATE

Patient _____

Address _____ Phone _____

Year _____

MENSTRUAL RECORD CHART

Month	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	No. of days from start of period to beginning of next	Breast Exam Done (✓)	
Jan.																																		
Feb.																																		
Mar.																																		
Apr.																																		
May																																		
Jun.																																		
Jul.																																		
Aug.																																		
Sep.																																		
Oct.																																		
Nov.																																		
Dec.																																		

TYPE OF FLOW

- Normal
- Exceptionally light
- Exceptionally heavy
- Spotting

Don't forget to have this chart with you when you call or visit your doctor.

Dr. _____



A SERVICE OF ORTHO PHARMACEUTICAL CORPORATION