



FR

# Mesure de la pression artérielle à domicile



NOM \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Appareil \_\_\_\_\_

**Tensiomètre à brassard huméral validé**

**Avant chaque visite au cabinet:**

→ automesure pendant 7 jours  
(minimum 3)

→ Matin et Soir, avant prise des  
médicaments

→ Après 5 minutes de repos assis  
→ 2 mesures à 1 min intervalle



**Suivi au long cours**

Mesures en double une ou deux fois  
par semaine ou par mois

		Heure	Systolique/diastolique	Pouls
JOUR 1 ___/___/202__	matin	1 <sup>st</sup>	___ - ___	(___)
		2 <sup>nd</sup>	___ - ___	(___)
	soir	1 <sup>st</sup>	___ - ___	(___)
		2 <sup>nd</sup>	___ - ___	(___)

JOUR 2 ___/___/202__	matin	1 <sup>st</sup>	___ - ___	(___)
		2 <sup>nd</sup>	___ - ___	(___)
	soir	1 <sup>st</sup>	___ - ___	(___)
		2 <sup>nd</sup>	___ - ___	(___)

JOUR 3 ___/___/202__	matin	1 <sup>st</sup>	___ - ___	(___)
		2 <sup>nd</sup>	___ - ___	(___)
	soir	1 <sup>st</sup>	___ - ___	(___)
		2 <sup>nd</sup>	___ - ___	(___)

JOUR 4 ___/___/202__	matin	1 <sup>st</sup>	___ - ___	(___)
		2 <sup>nd</sup>	___ - ___	(___)
	soir	1 <sup>st</sup>	___ - ___	(___)
		2 <sup>nd</sup>	___ - ___	(___)

JOUR 5 ___/___/202__	matin	1 <sup>st</sup>	___ - ___	(___)
		2 <sup>nd</sup>	___ - ___	(___)
	soir	1 <sup>st</sup>	___ - ___	(___)
		2 <sup>nd</sup>	___ - ___	(___)

		Heure	Systolique/diastolique	Pouls
JOUR 6 ___/___/202__	matin	1 <sup>st</sup>	___ - ___	(___)
		2 <sup>nd</sup>	___ - ___	(___)
	soir	1 <sup>st</sup>	___ - ___	(___)
		2 <sup>nd</sup>	___ - ___	(___)

JOUR 7 ___/___/202__	matin	1 <sup>st</sup>	___ - ___	(___)
		2 <sup>nd</sup>	___ - ___	(___)
	soir	1 <sup>st</sup>	___ - ___	(___)
		2 <sup>nd</sup>	___ - ___	(___)

**ECRIRE ICI LA MOYENNE DE TOUTES LES MESURES SAUF CELLES**

**DU JOUR 1.** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - (\_\_\_\_)