



FR

Mesure de la pression artérielle à domicile



NOM _____

Date de naissance ___/___/___ Appareil _____

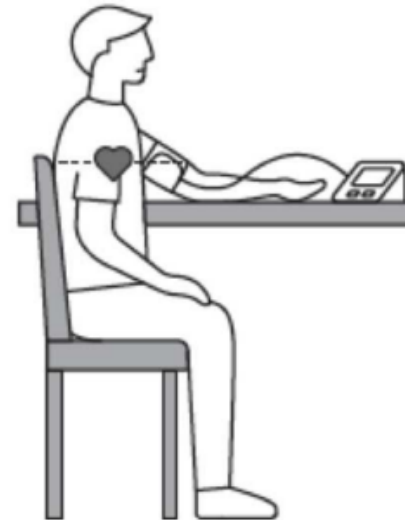
		Heure	Systolique/diastolique	Pouls
JOUR 1 ___/___/202__	matin	1 st	___ - ___	(___)
		2 nd	___ - ___	(___)
	soir	1 st	___ - ___	(___)
		2 nd	___ - ___	(___)

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

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

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

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



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 6 ___/___/202__	matin	1 st	___ - ___	(___)
		2 nd	___ - ___	(___)
	soir	1 st	___ - ___	(___)
		2 nd	___ - ___	(___)

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

ECRIRE ICI LA MOYENNE DE TOUTES LES MESURES SAUF CELLES

DU JOUR 1. _____ - _____ - (____)