



Registre de suivi de L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Renseignements personnels

Prénom(s) : _____ Nom(s) : _____

Maladie(s) : _____

Pharmacie : _____ Tél.: _____

Médecin de famille : _____ Tél.: _____

Médecin spécialiste : _____ Tél.: _____

En cas d'urgence : _____ Tél.: _____

Médicaments, vitamines, suppléments et produits de santé naturels

Médicament / Produits	Dose	Moment de la journée	Je le prends pour





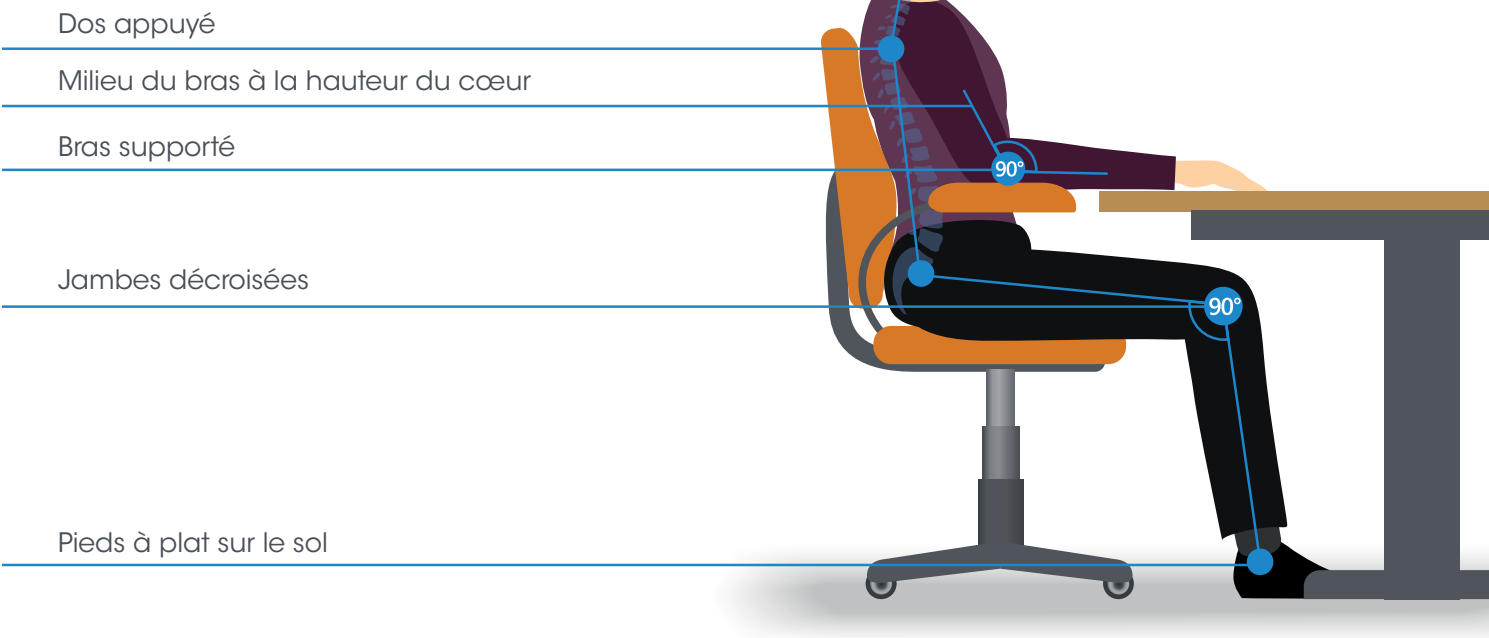
Quel est l'intérêt de mesurer la pression artérielle à domicile ?

[illegible]

Mes valeurs cibles sont de _____ / _____ mm Hg.



POSITION ASSISE
NE PAS PARLER AVANT ET DURANT LA MESURE
ENVIRONNEMENT CALME ET CONFORTABLE



Mes valeurs cibles sont de ____ / _____ mm HG.

Date							
Heure							
Bras							
Systolique							
Diastolique							
Pouls							
Commentaire							







Mes valeurs cibles sont de ____ / _____ mm HG.

Date							
Heure							
Bras							
Systolique							
Diastolique							
Pouls							
Commentaire							

Mes valeurs cibles sont de ____ / _____ mm HG.

Date							
Heure							
Bras							
Systolique							
Diastolique							
Pouls							
Commentaire							



[illegible]

Mes valeurs cibles sont de _____ / _____ mm Hg.

[illegible]

Mes valeurs cibles sont de _____ / _____ mm Hg.



Mes valeurs cibles sont de ____ / _____ mm HG.

Date							
Heure							
Bras							
Systolique							
Diastolique							
Pouls							
Commentaire							

Mes valeurs cibles sont de ____ / _____ mm HG.

Date							
Heure							
Bras							
Systolique							
Diastolique							
Pouls							
Commentaire							



[illegible]

Mes valeurs cibles sont de ____ / ____ mm Hg.

[illegible]

Mes valeurs cibles sont de ____ / ____ mm Hg.



Mes valeurs cibles sont de ____ / _____ mm HG.

Date							
Heure							
Bras							
Systolique							
Diastolique							
Pouls							
Commentaire							

Mes valeurs cibles sont de ____ / _____ mm HG.

Date							
Heure							
Bras							
Systolique							
Diastolique							
Pouls							
Commentaire							

