

Nom : Prénom :

Période du relevé : du au

Traitement :

Cachet de l'officine

Important : Montrer ce document
 - au pharmacien lors de votre venue à l'officine
 - au médecin à la prochaine consultation

RELEVÉ D'AUTOMESURE TENSIONNELLE

3 mesures consécutives (à quelques minutes d'intervalle) le matin avant le petit déjeuner
 3 mesures consécutives (à quelques minutes d'intervalle) le soir entre le dîner et le coucher
 3 jours de suite

Inscrire **tous les chiffres** qui apparaissent sur l'écran du tensiomètre

Jour 1	Matin			Soir		
	systolique	diastolique	pouls	systolique	diastolique	pouls
Mesure 1	---	---		---	---	
Mesure 2	---	---		---	---	
Mesure 3	---	---		---	---	

Jour 2	Matin			Soir		
	systolique	diastolique	pouls	systolique	diastolique	pouls
Mesure 1	---	---		---	---	
Mesure 2	---	---		---	---	
Mesure 3	---	---		---	---	

Jour 3	Matin			Soir		
	systolique	diastolique	pouls	systolique	diastolique	pouls
Mesure 1	---	---		---	---	
Mesure 2	---	---		---	---	
Mesure 3	---	---		---	---	

MOYENNE SYSTOLIQUE*	MOYENNE DIASTOLIQUE *

Autotensiomètre

Marque : Modèle :

poignet bras

* additionner toutes les mesures systoliques ou diastoliques et diviser par 18