

# RELEVÉ D'AUTOMESURES TENSIONNELLES

Nom: .....

Prénom: .....

Date de naissance: .....

Période du relevé : du ..... au .....

Nom du médecin traitant
-------------------------

Traitement: .....

En position assise, après 5 minutes de repos:

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

Moyenne

---
---

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

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

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

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