

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 3