Suivi de la tension artérielle

Nom de la personne _____

Mois _____

Valeurs cibles indiquées par le médecin _____

Bras / position _____

Date	Heure	Systolique (valeur supérieure)	Diastolique (valeur inférieure)	Pouls	Notes

Date	Heure	Systolique (valeur supérieure)	Diastolique (valeur inférieure)	Pouls	Notes