## Relevé d’auto mesure tensionnelle

### Vos informations personnelles :

* Nom et prénom :
* Date de naissance :
* Traitements en cours :

### Règles pour la prise des mesures de tension :

* 3 mesures consécutives (à quelques minutes d’intervalle le matin avant le petit déjeuner),
* 3 mesures consécutives (à quelques minutes d’intervalle le matin entre le diner et le coucher),
* 3 jours de suite,
* Inscrire tous les chiffres qui apparaissent sur l’écran.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1er jour : | | | | | | |
|  | **Matin** | | | **Soir** | | |
| **Systolique** | **Diastolique** | **Pouls** | **Systolique** | **Diastolique** | **Pouls** |
| Mesure 1 |  |  |  |  |  |  |
| Mesure 2 |  |  |  |  |  |  |
| Mesure 3 |  |  |  |  |  |  |
| 2ème jour : | | | | | | |
|  | **Matin** | | | **Soir** | | |
| **Systolique** | **Diastolique** | **Pouls** | **Systolique** | **Diastolique** | **Pouls** |
| Mesure 1 |  |  |  |  |  |  |
| Mesure 2 |  |  |  |  |  |  |
| Mesure 3 |  |  |  |  |  |  |
| 3ème jour : | | | | | | |
|  | **Matin** | | | **Soir** | | |
| **Systolique** | **Diastolique** | **Pouls** | **Systolique** | **Diastolique** | **Pouls** |
| Mesure 1 |  |  |  |  |  |  |
| Mesure 2 |  |  |  |  |  |  |
| Mesure 3 |  |  |  |  |  |  |
| **Moyenne systolique (1)** | | **Moyenne diastolique (1)** | | **Auto tensiomètre** | | |
|  | |  | | Marque : | Modèle : | Poignet / bras (2) |

**Important** : montrer ce document au pharmacien lors de la venue à l’officine et au médecin à la prochaine consultation.

1. - Additionner toutes les mesures et diviser par 18,
2. - Rayer les mesures inutiles.