

Date	Time	BP	Comment
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	

Date	Time	BP	Comment
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	



UNIVERSITY OF OTTAWA
HEART INSTITUTE
 INSTITUT DE CARDIOLOGIE
 DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

BLOOD PRESSURE RECORD

Name: _____

Phone: _____

Other phone: _____

Blood Pressure Record

Date	Time	BP	Comment
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	

BP (Blood Pressure) Comment (Location/with food/exercise)

Date	Time	BP	Comment
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	

Family Doctor: Dr: _____

Phone: (_____) _____ ext: _____

In case of emergency, please contact:

Name: _____

Phone: (_____) _____ ext: _____

Other number: _____

Allergy	Reaction

I have the following health conditions:

Date	Heure	TA	Commentaire
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	

Date	Heure	TA	Commentaire
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	



UNIVERSITY OF OTTAWA
H E A R T I N S T I T U T E
 INSTITUT DE CARDIOLOGIE
 DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

FICHE DE LA TENSION ARTÉRIELLE

Nom : _____

Téléphone : _____

Autre numéro : _____

Fiche de la tension artérielle

Date	Heure	TA	Commentaire
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	

TA (Tension artérielle)

Commentaire (Emplacement/avec aliment/exercice)

Date	Heure	TA	Commentaire
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	

Médecin de famille : Dr : _____

Tél. : (____) _____ poste : _____

En cas d'urgence, veuillez communiquer avec :

Nom : _____

Tél. : (____) _____ poste : _____

Autre numéro : _____

Allergie	Réaction

J'ai les problèmes de santé suivants :
