

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 :
