

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 :
