Nom : …… Prénom : ……

Période du relevé : du …… au ……

Traitement : ……

Pharmacie du Cora
Pharmacie Duchon-Pezzana
2-20 allée de l'Est
93190 Livry-Gargan
Tel : 01.49.36.10.84
Fax : 01.46.36.00.85
www.pharmacie-du-cora.com

Important : Montrer ce document
- **au pharmacien lors de votre venue à l'officine**
- **au médecin à la prochaine consultation**

RELEVE D'AUTOMESURE TENSIONNELLE

3 mesures consécutives (à quelques minutes d'intervalle) le matin avant le petit déjeuner
3 mesures consécutives (à quelques minutes d'intervalle) le soir entre le dîner et le coucher
3 jours de suite

Inscrire **tous les chiffres** qui apparaissent sur l'écran du tensiomètre

Jour 1	Matin			Soir		
	systolique	diastolique	pouls	systolique	diastolique	pouls
Mesure 1						
Mesure 2						
Mesure 3						

Jour 2	Matin			Soir		
	systolique	diastolique	pouls	systolique	diastolique	pouls
Mesure 1						
Mesure 2						
Mesure 3						

Jour 3	Matin			Soir		
	systolique	diastolique	pouls	systolique	diastolique	pouls
Mesure 1						
Mesure 2						
Mesure 3						

MOYENNE SYSTOLIQUE	MOYENNE DIASTOLIQUE

Autotensiomètre

Marque : ……Modèle : ……

☐ poignet ☐ bras

CESPHARM