Minhas medidas de pressão

Nome _____

Braço usado (direito / esquerdo) _____ Aparelho (marca e modelo) _____

Remédios de pressão e horário _____

Data	Hora	1ª	2ª	3ª	Média da 2ª e da 3ª	Observação
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	

Na coluna Observação: tomou o remédio? Teve sintoma? Tomou café, dormiu mal, estava nervoso? · Clínica Via Salutis · Dr. Pablo Cartaxo, cardiologista · CRM-SP 172645 · RQE 100125

Minhas medidas de pressão · folha 2

Nome _____

Braço usado (direito / esquerdo) _____ Aparelho (marca e modelo) _____

Remédios de pressão e horário _____

Data	Hora	1ª	2ª	3ª	Média da 2ª e da 3ª	Observação
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	
		/	/	/	/	

Na coluna Observação: tomou o remédio? Teve sintoma? Tomou café, dormiu mal, estava nervoso? · Clínica Via Salutis · Dr. Pablo Cartaxo, cardiologista · CRM-SP 172645 · RQE 100125