

Mon plan d'action



Instructions particulières

Lorsque ma tension artérielle est supérieure à ____/____, je dois

Lorsque ma tension artérielle est inférieure à ____/____, je dois

Date	matin/ après-midi	Tension artérielle	Date	matin/ après-midi	Tension artérielle	Date	matin/ après-midi	Tension artérielle	Date	matin/ après-midi	Tension artérielle
	matin/ après-midi	/			/			/			/
	matin/ après-midi	/			/			/			/
	matin/ après-midi	/			/			/			/
	matin/ après-midi	/			/			/			/
	matin/ après-midi	/			/			/			/
	matin/ après-midi	/			/			/			/
	matin/ après-midi	/			/			/			/
	matin/ après-midi	/			/			/			/
	matin/ après-midi	/			/			/			/

Informations personnelles

Nom :

Prestataire de soins de santé :

Numéro de téléphone du prestataire de soins de santé :

Médicaments pour l'hypertension :

Notez vos médicaments. Si votre prestataire de soins de santé modifie un médicament ou la posologie, mettez à jour cette section.

Pour plus d'informations, parlez-en à votre prestataire de soins de santé ou appelez le 311.

HPD1X25703 - 6.17 (French)



FICHE DE SUIVI DE LA TENSION ARTÉRIELLE

Appelez le 311 ou rendez-vous sur
nyc.gov/health
French

