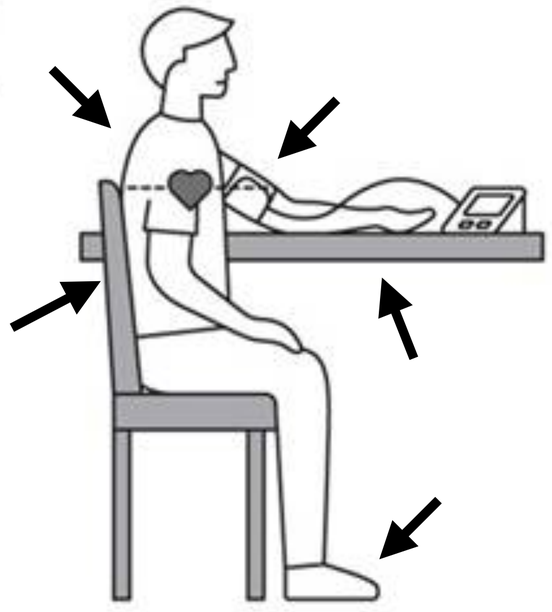
MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL

NOME: _____

DATA NASCIMENTO: _____/_____/_____

			HORA	SISTÓLICA-DIASTÓLICA	PULSO
DIA-1:					
___/___/ 202_	**MANHÃ**	1	__:__	_____ - _____	(_____)
		2		_____ - _____	(_____)
	NOITE	1	__:__	_____ - _____	(_____)
		2		_____ - _____	(_____)
DIA-2:					
___/___/ 202_	**MANHÃ**	1	__:__	_____ - _____	(_____)
		2		_____ - _____	(_____)
	NOITE	1	__:__	_____ - _____	(_____)
		2		_____ - _____	(_____)
DIA-3:					
___/___/ 202_	**MANHÃ**	1	__:__	_____ - _____	(_____)
		2		_____ - _____	(_____)
	NOITE	1	__:__	_____ - _____	(_____)
		2		_____ - _____	(_____)
DIA-4:					
___/___/ 202_	**MANHÃ**	1	__:__	_____ - _____	(_____)
		2		_____ - _____	(_____)
	NOITE	1	__:__	_____ - _____	(_____)
		2		_____ - _____	(_____)
DIA-5:					
___/___/ 202_	**MANHÃ**	1	__:__	_____ - _____	(_____)
		2		_____ - _____	(_____)
	NOITE	1	__:__	_____ - _____	(_____)
		2		_____ - _____	(_____)



Usar aparelho certificado pela ANVISA

Antes de cada consulta:

-> Monitoramento de 7 dias (pelo menos 3 dias)

-> Antes de tomar remédio da manhã ou da noite

-> Intervalo de 1 minuto entre as medidas

Seguimento de longo prazo:

-> Duas medidas diárias uma vez por semana.

			HORA	SISTÓLICA-DIASTÓLICA	PULSO
DIA-6:					
___/___/ 202_	**MANHÃ**	1	__:__	_____ - _____	(_____)
		2		_____ - _____	(_____)
	NOITE	1	__:__	_____ - _____	(_____)
		2		_____ - _____	(_____)
DIA-7:					
___/___/ 202_	**MANHÃ**	1	__:__	_____ - _____	(_____)
		2		_____ - _____	(_____)
	NOITE	1	__:__	_____ - _____	(_____)
		2		_____ - _____	(_____)

MARQUE A MÉDIA DAS MEDIDAS, EXCETO DO 1o. DIA

_____ - _____ (_____)