

RELEVÉ D'AUTOMESURE TENSIONNELLE

NOM & Prénom : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

DATE DE DÉBUT DU RELEVÉ : _____ Médecin traitant : _____



Au calme



**Pas de tabac, de caféine,
d'alcool, de nourriture**



**Température
confortable**



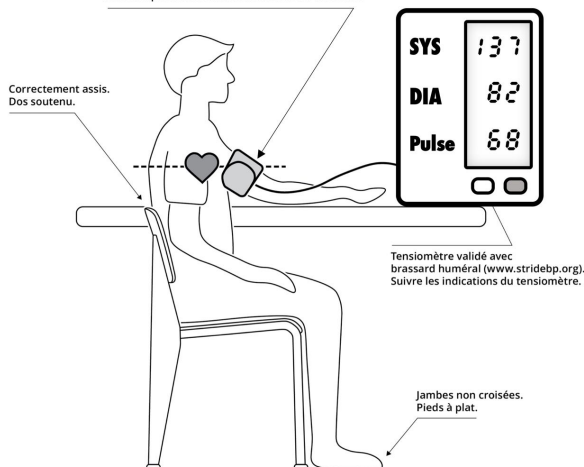
**Repos assis,
détendu**



Ne pas parler

	JOUR 1			JOUR 2			JOUR 3			Moy.
	MATIN			MATIN			MATIN			MATIN
	Mesure 1	Mesure 2	Mesure 3	Mesure 1	Mesure 2	Mesure 3	Mesure 1	Mesure 2	Mesure 3	
SYS			+			+				÷ 9
DIA			+			+				÷ 9
Pulse										
	SOIR			SOIR			SOIR			SOIR
	Mesure 1	Mesure 2	Mesure 3	Mesure 1	Mesure 2	Mesure 3	Mesure 1	Mesure 2	Mesure 3	
SYS			+			+				÷ 9
DIA			+			+				÷ 9
Pulse										

Taille de brassard adaptée à votre bras.
Mis sur un bras nu, posé sur une table.
Brassard positionné à mi-bras **au niveau du cœur**.



- **Le matin :**
 - avant le petit-déjeuner
 - avant la prise de vos traitements
- **Le soir :** avant le coucher
- **Au repos :** minimum 5 à 10 minutes
- **3 mesures** à 1 minute d'intervalle
- **3 jours** consécutifs