

DZIENNICZEK
POMIARU
CIŚNIENIA



Dane pacjenta

Imię

Nazwisko

Adres



Ciśnienie tętnicze [mm Hg]

Masa ciała [kg]

BMI [kg/m²]

Cholesterol całkowity [mg/dl]

Miesiąc..... Rok.....

Data	Pomiar poranny		Pomiar wieczorny		Dolegliwości (kody pod tabelą)	Leczenie p/krzepliwe (warfaryna, acenokumarol)	
	RR	Puls	RR	Puls		Wartość INR	Dawka leku
01.							
02.							
03.							
04.							
05.							
06.							
07.							
08.							
09.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							

Kody dolegliwości: **B** – bóle w klatce/głowy, **D** – duszności, **O** – obrzęki nóg/kostek, **K** – kołatanie serca, **Z** – zasłabnięcia/omdlenia

Miesiąc..... Rok.....

Data	Pomiar poranny		Pomiar wieczorny		Dolegliwości (kody pod tabelą)	Leczenie p/krzepliwe (warfaryna, acenokumarol)	
	RR	Puls	RR	Puls		Wartość INR	Dawka leku
01.							
02.							
03.							
04.							
05.							
06.							
07.							
08.							
09.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							

Kody dolegliwości: **B** – bóle w klatce/głowy, **D** – duszności, **O** – obrzęki nóg/kostek, **K** – kołatanie serca, **Z** – zasłabnięcia/omdlenia