



Dzienniczek pomiaru ciśnienia

Dane pacjenta

Imię

Nazwisko

Adres

Lekarz prowadzący

Ciśnienie tętnicze [mm Hg]

Masa ciała

BMI [kg/m²]

Cholesterol całkowity [mg/dl]



Pomiary

Data	Pomiar poranny (przed zażyciem leku)		Pomiar wieczorny		Masa ciała	Leczenie p/krzepliwe	
	Ciśnienie tętnicze	Puls	Ciśnienie tętnicze	Puls		Wartość INR	Dawka leku
	Dolegliwości:						
	Dolegliwości:						
	Dolegliwości:						
	Dolegliwości:						
	Dolegliwości:						
	Dolegliwości:						
	Dolegliwości:						