

# MISURAZIONE DELLA PRESSIONE NELLE 24 ORE DIARIO PER IL/LA PAZIENTE



Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_



In caso di comparsa **di disturbi** come palpitazioni cardiache, vertigini, mal di testa o simili. **Premere 1 volta il tasto evento!**

Orario	Attività Descrizione breve...	Disturbi Vertigini, mal di testa ecc.
<i>Bx.</i> 07:30	<i>Risveglio</i>	<i>Vertigini</i>