

MESURE DE LA PRESSION SANGUINE SUR 24 HEURES JOURNAL INTIME DU PATIENT

Nom: _____ Date: _____



En cas **de symptômes** tels que palpitations cardiaques, vertiges, douleurs ou autres **appuyez sur le bouton d'événement 1x!**

Temps	Activité (synoptiques)	Le plaintives (vertiges, mal de tête)
<i>Par exemple</i> 07h30	<i>Se lever</i>	Vertige