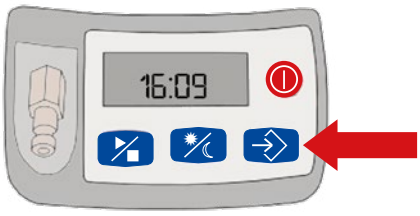
MONITOR 24

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)
Par exemple *07h30*	*Se lever*	*Vertige*