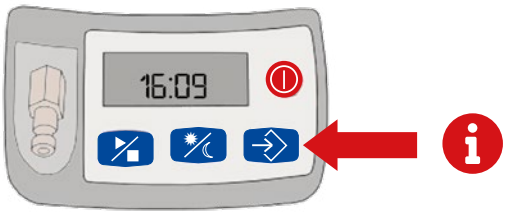
MONITOR 24

# 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**<br>Descrizine breve... | **Disturbi**<br>Vertigini, mal di testa ecc. |
|---|---|---|
| ***Bx.*** *07:30* | *Risveglio* | *Vertigini* |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |