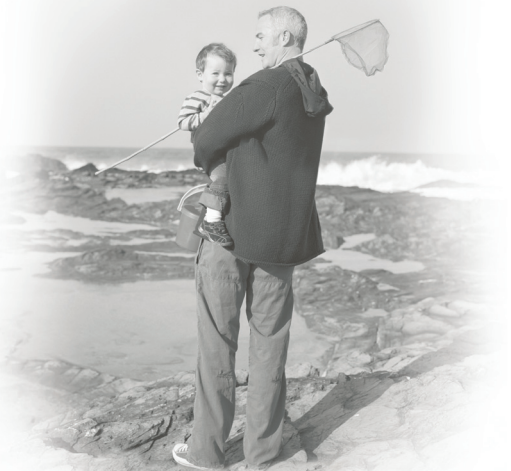


PRIMO passaporto pressorio

Misuri la pressione
per **4 mesi**:
ne scoprirà subito
i vantaggi!



Vincere l'ipertensione, giorno dopo giorno



SIIA Società Italiana
dell'Ipertensione
Arteriosa



SIMG Società Italiana
di Medicina Generale



140/90

120/80

SFIDA
ALL'IPERTENSIONE®

Vincere l'ipertensione, giorno dopo giorno

Età _____ Sesso M F

Peso _____ Altezza _____

Circonferenza addominale _____

Durata dell'ipertensione arteriosa: _____

Nuova diagnosi Già in terapia da _____

Diabete Ipercolesterolemia Fumo

Eventi pregressi: Infarto miocardico Ictus/TIA

Angina pectus/rivascolarizzazione miocardica

Arteriopatia arti inferiori

Lei abitualmente fa automisurazione della pressione?

Sì No

PARTENZA

0 settimana

*questa rilevazione
dal Suo Medico*

Data di rilevazione ____/____/____ Ora _____

Firma o timbro di validazione

Inserire valore pressione rilevato:

MAX _____ MIN _____

PRIMO MESE

1 settimana

prima rilevazione

Data di rilevazione ____/____/____ Ora ____

Firma o timbro di validazione

Inserire valore pressione rilevato:

MAX _____ MIN _____

MEDICO di famiglia

MEDICO ospedale

Paziente

Farmacia

altro _____

2 settimana

seconda rilevazione

Data di rilevazione ____/____/____ Ora ____

Firma o timbro di validazione

Inserire valore pressione rilevato:

MAX _____ MIN _____

MEDICO di famiglia

MEDICO ospedale

Paziente

Farmacia

altro _____

3 settimana

terza rilevazione

Data di rilevazione ____/____/____ Ora ____

Firma o timbro di validazione

Inserire valore pressione rilevato:

MAX _____ MIN _____

- MEDICO di famiglia MEDICO ospedale
 Paziente Farmacia altro _____

4 settimana

quarta rilevazione

Data di rilevazione ____/____/____ Ora ____

Firma o timbro di validazione

Inserire valore pressione rilevato:

MAX _____ MIN _____

- MEDICO di famiglia MEDICO ospedale
 Paziente Farmacia altro _____

SECONDO MESE

1 settimana

prima rilevazione

Data di rilevazione ____/____/____ Ora ____

Firma o timbro di validazione

Inserire valore pressione rilevato:

MAX _____ MIN _____

- MEDICO di famiglia MEDICO ospedale
 Paziente Farmacia altro _____

2 settimana

seconda rilevazione

Data di rilevazione ____/____/____ Ora ____

Firma o timbro di validazione

Inserire valore pressione rilevato:

MAX _____ MIN _____

- MEDICO di famiglia MEDICO ospedale
 Paziente Farmacia altro _____

3 settimana

terza rilevazione

Data di rilevazione ____/____/____ Ora ____

Firma o timbro di validazione

Inserire valore pressione rilevato:

MAX _____ MIN _____

MEDICO di famiglia

MEDICO ospedale

Paziente

Farmacia

altro _____

4 settimana

*questa rilevazione
dal Suo Medico*

Data di rilevazione ____/____/____ Ora ____

Firma o timbro di validazione

Inserire valore pressione rilevato:

MAX _____ MIN _____

TERZO MESE

1 settimana

prima rilevazione

Data di rilevazione ____/____/____ Ora ____

Firma o timbro di validazione

Inserire valore pressione rilevato:

MAX _____ MIN _____

MEDICO di famiglia

MEDICO ospedale

Paziente

Farmacia

altro _____

2 settimana

seconda rilevazione

Data di rilevazione ____/____/____ Ora ____

Firma o timbro di validazione

Inserire valore pressione rilevato:

MAX _____ MIN _____

MEDICO di famiglia

MEDICO ospedale

Paziente

Farmacia

altro _____

3 settimana

terza rilevazione

Data di rilevazione ____/____/____ Ora _____

Firma o timbro di validazione

Inserire valore pressione rilevato:

MAX _____ MIN _____

MEDICO di famiglia

MEDICO ospedale

Paziente Farmacia

altro _____

4 settimana

quarta rilevazione

Data di rilevazione ____/____/____ Ora _____

Firma o timbro di validazione

Inserire valore pressione rilevato:

MAX _____ MIN _____

MEDICO di famiglia

MEDICO ospedale

Paziente Farmacia

altro _____

QUARTO MESE

1 settimana

prima rilevazione

Data di rilevazione ____/____/____ Ora ____

Firma o timbro di validazione

Inserire valore pressione rilevato:

MAX _____ MIN _____

MEDICO di famiglia

MEDICO ospedale

Paziente Farmacia

altro _____

2 settimana

seconda rilevazione

Data di rilevazione ____/____/____ Ora ____

Firma o timbro di validazione

Inserire valore pressione rilevato:

MAX _____ MIN _____

MEDICO di famiglia

MEDICO ospedale

Paziente Farmacia

altro _____

3 settimana

terza rilevazione

Data di rilevazione ____/____/____ Ora ____

Firma o timbro di validazione

Inserire valore pressione rilevato:

MAX _____ MIN _____

MEDICO di famiglia

MEDICO ospedale

Paziente Farmacia

altro _____

4 settimana

*questa rilevazione
dal Suo Medico*

Data di rilevazione ____/____/____ Ora ____

Firma o timbro di validazione

Inserire valore pressione rilevato:

MAX _____ MIN _____

COMPLIMENTI!

Dopo 4 mesi di corretta adesione alla terapia siamo lieti di inviarLe **un esclusivo libro di ricette** per una corretta alimentazione del paziente iperteso.

Programma educativo realizzato
con il contributo non condizionato di:

