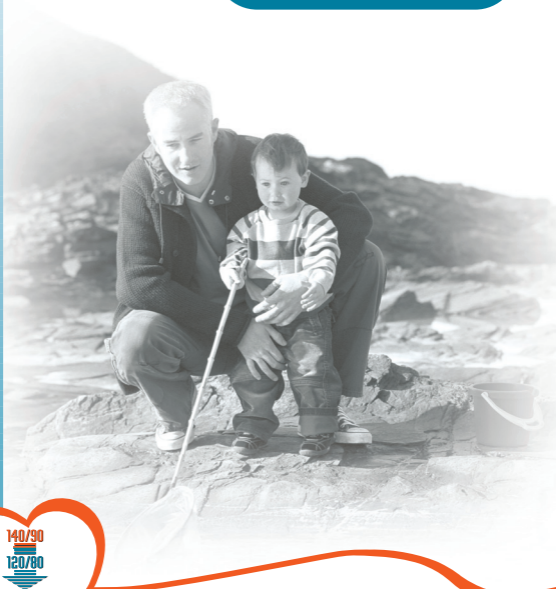


SECONDO passaporto pressorio

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



140/90
120/80

SFIDA
ALL'IPERTENSIONE®

Vincere l'ipertensione, giorno dopo giorno



SIIA Società Italiana
dell'Ipertensione
Arteriosa



SIMG Società Italiana
di Medicina Generale

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 _____

Età _____ Sesso M F

Peso _____ Altezza _____

Circonferenza addominale _____

Durata dell'ipertensione arteriosa: _____

Già in terapia da _____

Diabete Ipercolesterolemia Fumo

Eventi in questi 8 mesi:

Infarto miocardico Ictus/TIA

Angina pectosis/rivascolarizzazione miocardica

Arteriopatia arti inferiori

Timbro

Firma del Medico curante



Vincere l'ipertensione, giorno dopo giorno

CONGRATULAZIONI!

Dopo 8 mesi di corretta adesione alla terapia - *se lo desidera* - avrà la possibilità di ricevere un **misuratore della pressione arteriosa** pagando in contrassegno solamente € 25,00.

Programma educativo realizzato
con il contributo non condizionato di:

