

ДНЕВНИК АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (30 ДНЕЙ)

ФИО: _____ Дата начала: _____ Лекарства: _____

День	Дата	Утро АД	Пульс	Вечер АД	Пульс	Самочувствие/жалобы	Примечание
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

Подсказка: измеряйте АД после 5 минут покоя, на одной и той же руке. Записывайте время и самочувствие.