

ДНЕВНИК САМОКОНТРОЛЕ ПРИТИСКА - НЕДЕЉНА ЕВИДЕНЦИЈА

ИМЕ		ДАТУМ РОЂЕЊА		ЦИЉНА ВРЕДНОСТ КП		АПАРАТ
ДАТУМ		БРОЈ МЕРЕЊА	СИСТОЛНИ ПРИТИСАК	ДИЈАСТОЛНИ ПРИТИСАК	СРЧАНИ РИТАМ (ПУЛС) БР/МИН	КОМЕНТАР АКУТНО УЗМАЊЕ ЛЕКОВА ИЛИ ДИЈЕТЕТСКИХ ПРОИЗВОДА, ЗНАЧАЈНА ПРОМЕНА У СВАКОДНЕВНОМ ЖИВОТУ
__/__/20__	ЈУТРО	1.				
		2.				
	ВЕЧЕ	1.				
		2.				
__/__/20__	ЈУТРО	1.				
		2.				
	ВЕЧЕ	1.				
		2.				
__/__/20__	ЈУТРО	1.				
		2.				
	ВЕЧЕ	1.				
		2.				
__/__/20__	ЈУТРО	1.				
		2.				
	ВЕЧЕ	1.				
		2.				
__/__/20__	ЈУТРО	1.				
		2.				
	ВЕЧЕ	1.				
		2.				
__/__/20__	ЈУТРО	1.				
		2.				
	ВЕЧЕ	1.				
		2.				
__/__/20__	ЈУТРО	1.				
		2.				
	ВЕЧЕ	1.				
		2.				

Хитно се јавите лекару у случају да је вредност вашег крвног притиска >180/100 mm Hg

ДНЕВНИК САМОКОНТРОЛЕ ПРИТИСКА - МЕСЕЧНА ЕВИДЕНЦИЈА

ИМЕ		ДАТУМ РОЂЕЊА		ЦИЉНА ВРЕДНОСТ КП		АПАРАТ
ДАТУМ		БРОЈ МЕРЕЊА	СИСТОЛНИ ПРИТИСАК	ДИЈАСТОЛНИ ПРИТИСАК	СРЧАНИ РИТАМ (ПУЛС) БР/МИН	КОМЕНТАР АКУТНО УЗМАЊЕ ЛЕКОВА ИЛИ ДИЈЕТЕТСКИХ ПРОИЗВОДА, ЗНАЧАЈНА ПРОМЕНА У СВАКОДНЕВНОМ ЖИВОТУ
НЕДЕЉА I ДАН 1. ___/___/20__	ЈУТРО	1.				
		2.				
	ВЕЧЕ	1.				
		2.				
НЕДЕЉА I ДАН 2. ___/___/20__	ЈУТРО	1.				
		2.				
	ВЕЧЕ	1.				
		2.				
НЕДЕЉА II ДАН 1. ___/___/20__	ЈУТРО	1.				
		2.				
	ВЕЧЕ	1.				
		2.				
НЕДЕЉА II ДАН 2. ___/___/20__	ЈУТРО	1.				
		2.				
	ВЕЧЕ	1.				
		2.				
НЕДЕЉА III ДАН 1. ___/___/20__	ЈУТРО	1.				
		2.				
	ВЕЧЕ	1.				
		2.				
НЕДЕЉА III ДАН 2. ___/___/20__	ЈУТРО	1.				
		2.				
	ВЕЧЕ	1.				
		2.				
НЕДЕЉА IV ДАН 1. ___/___/20__	ЈУТРО	1.				
		2.				
	ВЕЧЕ	1.				
		2.				
НЕДЕЉА IV ДАН 2. ___/___/20__	ЈУТРО	1.				
		2.				
	ВЕЧЕ	1.				
		2.				

Хитно се јавите лекару у случају да је вредност
вашег крвног притиска >180/100 mm Hg