

ИЗВЕШТАЈ О ИЗМЕРЕНОМ КРВНОМ ПРИТИСКУ ЗА ОСОБЕ СА ПОТВРЂЕНОМ ХИПЕРТЕНЗИЈОМ

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ		ДАТУМ РОЂЕЊА			РУКА ☐ ЛЕВА ☐ ДЕСНА	АПАРАТ
ДАТУМ МЕРЕЊА	БРОЈ МЕРЕЊА	ВРЕМЕ	СИСТОЛНИ ПРИТИСАК	ДИЈАСТОЛНИ ПРИТИСАК	СРЧАНИ РИТАМ (ПУЛС) БР/МИН	КОМЕНТАР
	ПРВО МЕРЕЊЕ					
	ДРУГО МЕРЕЊЕ					
	СРЕДЊА ВРЕДНОСТ					

Препоруке на основу средње вредности 2 мерења крвног притиска извршених према стандардима мерења притиска са апаратом за кућно мерење у апотеци:

☐ хитно се јавите лекару, јер је измерена вредност Вашег крвног притиска

- >180/100 mm Hg

☐ посетите изабраног лекара у периоду не дужем од 4 недеља јер је измерена вредност Вашег крвног притиска

- >130/80 mm Hg за особе млађе од 65 година
- >140/80 mmHg за особе старије од 65 година
- >140-150/80 mmHg за особе старије од 80 година

☐ информишите изабраног лекара приликом следеће посете јер је измерена вредност Вашег крвног притиска

- <120/70 mmHg

Молимо Вас да овај извештај понесете са собом приликом посете лекару.

Не доносите сами одлуке о започињању терапије без консултације са лекаром.

Фармацеут

Бр. лиценце

Печат апотеке/Потпис