Surveillance de la tension artérielle

Patient : nom, prénom _____ **Date de naissance** _____

Infirmière : nom, RPPS _____ **Téléphone du cabinet** _____

Prescription : médecin, date _____ **Période : du … au …** _____

Date	Heure	Bras	Position	Systolique	Diastolique	Pouls	Observation	Initiales

Copie remise au patient : les informations restent au dossier de soins de l'infirmière. Chaque ligne est datée et porte les initiales de qui l'a notée.

Modèle libre : **novidel.fr/feuilles-de-surveillance-infirmiere**