


Si vous n'avez pas internet, remplissez la fiche ci-après et apportez-la à votre médecin.

Date de la 1^{re} mesure :

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

		Mesure 1		Mesure 2		Mesure 3	
		SYS	DIA	SYS	DIA	SYS	DIA
Jour 1	Matin						
	Soir						
Jour 2	Matin						
	Soir						
Jour 3	Matin						
	Soir						
Jour 4	Matin						
	Soir						
Jour 5	Matin						
	Soir						
Jour 6	Matin						
	Soir						
Jour 7	Matin						
	Soir						

Moyenne globale :		
--------------------------	--	--