

MESURE AMBULATOIRE DE LA PRESSION ARTERIELLE DE 24 HEURES

Madame, Monsieur,

Afin de nous aider à mesurer la pression artérielle de votre enfant le jour et la nuit, veuillez compléter les informations ci-dessous le plus précisément possible.

Date :/...../.....

Poids : Kg.....

Nom :

Taille :m.....

Prénom:

Première mesure de TA (MAPA) :

Première mesure de TA (DINAMAP) :

Examen demandé par le Docteur

Motif de l'examen :

Tolérance de l'examen la journée :

Tolérance de l'examen la nuit :

Médicaments

	Matin	Midi	16h	Soir

	Sommeil	Eveil	Activités physiques	Repas	Prise de médicaments	Autres (TV, jeux vidéos...)
17h						
18h						
19h						
20h						
21h						
22h						
23h						
24h						
1h						
2h						
3h						
4h						
5h						
6h						
7h						
8h						
9h						
10h						
11h						
12h						
13h						
14h						
15h						
16h						
17h						

Merci de spécifier dans le tableau par une croix l'heure à laquelle l'enfant fait telle ou telle activité et de préciser au mieux le type d'activité selon l'exemple en page suivante.

	Sommeil	Eveil	Activités physiques	Repas	Prise de médicaments	Autres (TV, jeux vidéo...)
17h		Calme 17h45-18h	Vélo 17h-17h45			
18h		18h-18h20				18h20 TV (film d'action)
19h					19h30 souper	
20h						