

## Fiche de suivi du patient

*Cocher la bonne réponse*

Nom Pharmacie

Code pharmacie :    

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

critères d'inclusion

critères de non inclusion

Demande de renseignement :

oui 

Age :

 

Sexe :

Homme / femme

Age supérieur ou égal à 50 ans

oui non 

Pas de mesure de tension depuis 1 an :

oui non 

Pas d'arythmie connue ou traitée :

oui non 

Pas de traitement antihypertenseur :

oui non 

Périmètre brachial &lt; 32cm :

oui non 

Pas de trouble du comportement ou cognitif :

oui non 

Accepte de participer à l'étude :

oui non 

Patient inclus sous numéro :

     
Code pharmacie    
n° 00X

Appareil numéro :

     
Code pharmacie    
lettre majuscule

Date de retour : ...../...../.....

Accepte la visite du médecin :

oui non 

Moyenne calculée par le patient : .....

Moyenne calculée par le pharmacien : .....

Moyenne calculée par l'interne : .....