Traçabilité des mesures tensionnelles réalisées par le professionnel de santé

Identité du professionnel de santé (Nom, prénom) : _____

Téléphone et mail : _____

Date	Nom	Prénom	Age	Résultats normaux	Résultats anormaux		Le patient consent à participé au parcours	Document adapté remis
					Sys	Dia		

à compléter en MAJUSCULES