

Мой план действий



Особые указания

Если мое кровяное давление выше, чем _____ / _____, мне нужно

Если мое кровяное давление ниже, чем _____ / _____, мне нужно

Дата	утро/ вечер	Кровяное давление									
	утро/вечер	/			/			/			/
	утро/вечер	/			/			/			/
	утро/вечер	/			/			/			/
	утро/вечер	/			/			/			/
	утро/вечер	/			/			/			/
	утро/вечер	/			/			/			/
	утро/вечер	/			/			/			/
	утро/вечер	/			/			/			/

Личные сведения

Имя и фамилия:

Поставщик медицинских услуг:

Номер телефона поставщика медицинских услуг:

Лекарства при нарушениях кровяного давления:

Ведите учет своих лекарств. Если ваш поставщик медицинских услуг поменяет лекарство и (или) дозу, внесите изменения в этот раздел.

Для получения более подробной информации обратитесь к своему поставщику услуг или позвоните по номеру 311.



КАРТА КОНТРОЛЯ КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ

HPD1X25705 - 6.17 (Russian)

Позвоните по номеру 311 или посетите сайт nyc.gov/health
Russian

