



**Fiche
de suivi
de votre
pression
artérielle**

Appelez le **311** ou consultez
le site **nyc.gov/health**.

NYC
Health

**Mon objectif
de pression artérielle est**
_____ / _____

Je mesurerai ma pression
artérielle chaque :

- jour le matin
 semaine après-midi/
soir

Une pression artérielle élevée
peut être dangereuse à la fois
pour vous et pour votre bébé.
Contactez votre prestataire de
soins de santé immédiatement
si votre pression artérielle est
supérieure à

_____ / _____.

Utilisez cette fiche pour suivre votre pression artérielle tout au long de votre grossesse et après votre accouchement. Demandez à votre prestataire de soins de santé à quelle fréquence vous devez mesurer votre pression artérielle.

| Date | Pression artérielle |
|--|---------------------|--|---------------------|--|---------------------|--|---------------------|--|---------------------|--|---------------------|
| ___/___/___
● matin ● après-midi/
soir | / |
| ___/___/___
● matin ● après-midi/
soir | / |
| ___/___/___
● matin ● après-midi/
soir | / |
| ___/___/___
● matin ● après-midi/
soir | / |
| ___/___/___
● matin ● après-midi/
soir | / |
| ___/___/___
● matin ● après-midi/
soir | / |

Utilisez votre propre tensiomètre (appareil de mesure de pression artérielle) ou allez dans une pharmacie. Pour trouver une pharmacie près de chez vous proposant de mesurer gratuitement votre pression artérielle, consultez de site [nyc.gov/health/map](https://www.nyc.gov/health/map). Si vous avez besoin d'aide, veuillez demander au personnel de la pharmacie.

Mon plan d'action



Consignes particulières

Lorsque ma pression artérielle est supérieure à ___ / ___, je dois

Lorsque ma pression artérielle est inférieure à ___ / ___, je dois

Date	Pression artérielle	Date	Pression artérielle	Date	Pression artérielle
___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/	___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/	___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/
___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/	___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/	___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/
___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/	___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/	___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/
___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/	___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/	___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/
___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/	___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/	___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/
___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/	___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/	___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/
___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/	___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/	___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/
___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/	___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/	___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi/ soir	/

Informations personnelles

Nom :

Date d'accouchement prévue (le cas échéant) :

Nom du prestataire de soins de santé :

Numéro de téléphone du prestataire de soins
de santé :

Médicaments pour la pression artérielle :

Conservez une trace des médicaments que vous prenez. Si votre prestataire de soins de santé change un médicament et/ou sa dose, veuillez actualiser cette section.

Pour plus d'informations, consultez votre prestataire de santé ou appelez le **311**.