

**À envoyer à :**

Secrétariat d'Hypertension  
Service de Néphrologie et Hypertension  
Bâtiment Prévost, Aile Jura, 6<sup>ème</sup> étage  
[consultation.hypertension@hug.ch](mailto:consultation.hypertension@hug.ch)  
 022 372 97 74 / 022 372 97 86

Etiquette patient

**DEMANDE DE MAPA (24H) /// BRACELET HILO (7 jours)**

Demandé par Dr / Dre : ..... Tél. : .....

Copie(s) : .....

Date : .....

Motif de la demande : .....

Diagnostic(s) : .....

Automesure :  oui /  non**Facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) :**

Facteur	oui	non	Détails
Diabète			
Tabac			
Dyslipidémie			
Antécédents familiaux			
Obésité			
HTA connue			Depuis le :

Créatinine : .....  $\mu$ mol/l      Valeur TA actuelle: .....**Traitements antérieurs :**

Médicament	Dose	Depuis le

**Traitements actuels :**

Médicament	Dose	Depuis le

**Autres traitements :**

AINS ? ..... Corticoïdes ? : ..... Autres : .....

**Remarques :**

.....  
.....

**Réservé à l'infirmière :**

TAG : .....

TAD : .....

Pouls : ...../min

Poids : .....kg

Taille : .....cm

Manchette : .....

Bras : .....

Appareil utilisé :

SPACELABS

OREILLE