



À envoyer à :

Consultation infirmière d'Hypertension

Bâtiment Klein, 3^{ème} étage- Pneu 87 31

Tél. 022 372 93 25 - Tél. 079 553 36 08 - Fax 022 372 97 65

Email : consultation.hypertension@hcuge.ch

Etiquette patient

DEMANDE DE MAPA

(Mesure ambulatoire de la pression artérielle de 24 heures)

Demandé par Dr(e) : Tél. :

Copie(s)

Date :

Motif de la demande :

Diagnostic(s) :

.....

FRCV :	Diabète :	oui / non	Tabac :	oui / non
	Dyslipidémie :	oui / non	Anamnèse familiale :	oui / non
	Obésité :	oui / non	HTA :	oui / non depuis le :
	Créatinine :	.....µmol/l	Valeur TA :	.....

TTT Anti-HTA antérieur :

AINS ?.....Corticoïdes ? : Autres :

TTT Anti-HTA actuel :

.....Dose :	.....	Depuis :	.....
.....Dose :	.....	Depuis :	.....
.....Dose :	.....	Depuis :	.....
.....Dose :	.....	Depuis :	.....

Automesure : oui / non

Remarques :

.....

.....

Réservé à l'infirmière

TAG :..... TAD :..... Pouls :..... Poids :.....kg Taille :.....cm
Manchette :..... Bras :.....

SPACELABS.....

OREILLE.....

Remarques.....

.....