



ISTITUTO DI CURA
CITTÀ DI PAVIA



MONITORAGGIO PRESSORIO 24 ORE

INFORMAZIONI PER L'UTENTE

Gentile Sig./Sig.ra oggi si sottoporrà ad un esame che ha il fine di verificare l'andamento dei valori della pressione arteriosa durante la sua vita normale. Sarebbe opportuno che per oggi non cambiasse le sue abitudini, che quindi non rinunciassi, se possibile, a svolgere la consueta attività lavorativa, le faccende di casa ecc. altrimenti, le consigliamo di svolgere un po' di attività fisica per esempio una passeggiata o la cyclette, secondo le sue possibilità.

È fondamentale che durante la giornata compili il foglio di diario annotando gli orari delle attività principali che svolge, nonché quelli del sonno e del risveglio e gli eventuali disturbi insorti.

L'apparecchio verrà avviato in ambulatorio e dopo una prima misurazione continuerà automaticamente a ripeterle ad intervalli regolari di 20 o 30 minuti di giorno e 45 o 60 di notte, in base alle indicazioni del caso; non verranno visualizzati sul display i valori che saranno stampati al momento della refertazione. È molto importante che il braccio sia steso e rilassato durante le misurazioni al fine di garantire la buona riuscita dell'esame che si concluderà domani più o meno alla stessa ora.

Sperando che queste informazioni le possano essere d'aiuto le ricordiamo che siamo comunque a sua disposizione per eventuali dubbi e ci può contattare telefonicamente chiedendo al centralinista (tel. 0382/433611) di passarle l'interno dell'ambulatorio 11.

Le infermiere
Del Poliambulatorio

Messo da: _____

Scaricato da: _____

| | | |
|-----------------|----------------|--------------|
| Data | Ambulatorio 11 | Dott. Casali |
| Cognome | Nome | |
| Data di nascita | Tel. | |

ECG DINAMICO SEC. HOLTER 24 ORE _____

Riconsegnare l'apparecchio entro le ore _____ di domani

| Orario | Nome del farmaco | Dosaggio |
|--------|------------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DIARIO: (specificare orario dei pasti, del sonno e del risveglio, di eventuali disturbi e degli sforzi fisici o emotività)

| Orario | Attività svolte |
|--------|-----------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |