**ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА**

при суточном мониторировании артериального давления (АД)

Ф. И. О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № истории болезни\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_Вес \_\_\_\_\_\_Рост\_\_\_\_\_\_\_Дата \_\_\_\_\_\_\_\_Время начала мониторирования\_\_\_\_\_\_\_

аппарат\_\_\_\_\_\_\_\_Охват плеча \_\_\_\_\_\_\_\_см Манжета \_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Время** | **Ваши действия** | **Симптомы** | **Прием лекарств** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Время отхода ко сну \_\_\_\_\_\_\_\_\_(час)\_\_\_\_\_\_\_\_(мин)

Время пробуждения (первые зрительные ощущения) \_\_\_\_\_\_(час)\_\_\_\_\_\_(мин)

Качество сна (подчеркнуть): (хорошее) -(удовлетворительное) - (плохое)

Нарушала ли работа монитора сон: (нет) - (в некоторой мере)- (да)