**ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА**

при холтеровском мониторировании ЭКГ

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

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Вес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Рост\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Время начала мониторирования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

аппарат\_\_\_\_\_\_\_\_Наличие электрокардиостимулятора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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)

Установка Конец формы

* Установка регистратора, считывание записи и расшифровка результата производится в кабинете ХМЭКГ.