



TIMBRO FARMACIA

FARMACO UTILIZZATO

ETÀ _____ SESSO _____

COGNOME _____

NOME _____



ADERENZA ALLA TERAPIA

MISURA LA
PRESSIONE





Riportare la tessera ad ogni controllo

Data misurazione	Data appuntamento	ORA	MIN	MAX	PULS

Data misurazione	Data appuntamento	ORA	MIN	MAX	PULS

Ricordati di assumere regolarmente il farmaco antiipertensivo.
In caso di bisogno rivolgiti al tuo medico o al farmacista.