

## Nom de l'Unité






### Suivi mensuel TT – TA

#### A compter du :



**Lors du contrôle : informer le médecin traitant  
si TT > 100/min ou < 50/min,  
si TA > 18/11 ou < 10 de systolique**

**Confirmer à deux reprises espacées de 30 minutes ou associées à des signes cliniques**

Nom Prénom		Mois	Mois	Mois	Mois	Mois	Hypotension orthostatique /6 mois		
		TA TT	TA TT	TA TT	TA TT	TA TT	TA TT	TA	TT
Objectif :							T0		
							1'		
							3'		
							5'		
Nom Prénom		Mois	Mois	Mois	Mois	Mois	Hypotension orthostatique /6 mois		
		TA TT	TA TT	TA TT	TA TT	TA TT	TA TT	TA	TT
Objectif :							T0		
							1'		
							3'		
							5'		
Nom Prénom		Mois	Mois	Mois	Mois	Mois	Hypotension orthostatique /6 mois		
		TA TT	TA TT	TA TT	TA TT	TA TT	TA TT	TA	TT
Objectif :							T0		
							1'		
							3'		
							5'		
Nom Prénom		Mois	Mois	Mois	Mois	Mois	Hypotension orthostatique /6 mois		
		TA TT	TA TT	TA TT	TA TT	TA TT	TA TT	TA	TT
Objectif :							T0		
							1'		
							3'		
							5'		
Nom Prénom		Mois	Mois	Mois	Mois	Mois	Hypotension orthostatique /6 mois		
		TA TT	TA TT	TA TT	TA TT	TA TT	TA TT	TA	TT
Objectif :							T0		
							1'		
							3'		
							5'		

Nom : Fonction : Visa :	Rédacteur Dr PINGANAUD, Médecin Co.	Validation Sylvie LACOSTE, Directrice	Conformité à la gestion qualité Audrey TINNES, Chargée Qualité
-------------------------------	---	---	--