



# Bon d'examen pour la Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle sur 24H (MAPA) à envoyer à : [neh.secretariat@chuv.ch](mailto:neh.secretariat@chuv.ch)

Etiquette du patient

Timbre du Service et médecin demandeur  
Nom et numéro de GSM :

**Cocher ce qui convient :**

Electif (selon disponibilités) le matin 08 :00 – 10 :00

- lundi    mardi    mercredi    jeudi    vendredi

**INDICATION :**      Diagnostic         Contrôle du traitement  

Autre .....

.....

**TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR ACTUEL :**

Médicament-s	Posologie	Pris le :
1) .....	.....	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir
2) .....	.....	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir
3) .....	.....	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir
4) .....	.....	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir
5) .....	.....	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir
6) .....	.....	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir

**ANTECEDENTS :**

- fibrillation auriculaire    diabète    tabagisme    dyslipidémie    dialyse    transplanté  
 Autre

eGFR       <60 ml/min/1.73m<sup>2</sup>

