

ДНЕВНИК мониторингового наблюдения N _____ монитор N _____

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

Дата _____ Начало анализа _____ Дата рождения _____ вес _____

Отд _____ палата _____ дом.телефон _____ рост _____

Дом адрес: район _____ ул. _____ д. _____ кор. _____ кв. _____

===== заполняется лечащим врачом (N и/б _____) =====

1. Мониторирование первичное, повторное (указать N или дату) _____

Во время мониторингования необходимо оценить (подчеркнуть)

ЧСС, аритмии, работу ПЭКС, ишемические изменения, связь с ощущениями, контроль терапии (для повторных наблюдений), другие пожелания (вписать) _____

2. Наличие ПЭКС (тип) _____

3. Терапия в день мониторингования (подчеркнуть)

отменена, антиангинальная, антиаритмическая, антигипертензивная, седативная

4. Физические нагрузки в день мониторингования (подчеркнуть)

ходьба по коридору, по лестнице, по улице, нагрузки запрещены.

===== ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА =====

Время ночного сна с _____ по _____. Качество сна _____
ПОДЪЕМ ПО ЛЕСТНИЦЕ

N	Число пролетов	Время начала подъема	Время подъема	Ощущения
1				
2				
3				

Позиционные изменения (по 1-2 мин)

	время		время
лежа на спине		лежа на животе	
лежа на правом боку		лежа на левом боку	

Другие действия в течение суток	время	Ощущения

(Продолжайте на обороте)