

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_ US-datum \_\_\_\_\_

Ansvarig läkare \_\_\_\_\_ Utfört av \_\_\_\_\_

### BLODTRYCKSMÄTNING / ORTOSTATISKT PROV

Automatisk blodtrycksmanschett  (OMRON) \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_

Manuell blodtrycksmanschett

Överarm cm \_\_\_\_\_ Utfört klockan \_\_\_\_\_

ARM	LIGGANDE	STÅENDE				
Höger <input type="checkbox"/>	Vila i 5 min	Omedelbart efter uppresning	Efter 1 min	Efter 3 min		
Vänster <input type="checkbox"/>						
Blodtryck						
Puls						
<b>Kommentar</b>						