

DEMANDE DE MAPA - MATERNITE

Etiquette Patient

(Mesure ambulatoire de la pression artérielle de 24 heures)

Centre d'Hypertension des HUG

Demandé par Dr(e) : Bip..... Copie(s)

Service :

Date :

Motif de la demande :

Diagnostic(s) :

Grossesse : oui* non Si oui, à quel terme ? :SA

Post-partum ? :jours/semaines

Joindre une copie du dossier de suivi de grossesse faxée à la demande.

FRCV : Diabète	: oui*	non	Tabac :	oui	non
Dyslipidémie	: oui	non	Anamnèse familiale :	oui	non
Créatinine	:	µmol/l	HTA :	oui	non depuis
Obésité	: oui	non	Valeur TA :	.....

TTT Anti-HTA actuel : (*à remplir absolument !*)

.....Dose :	.....	Depuis :	.....
.....Dose :	.....	Depuis :	.....
.....Dose :	.....	Depuis :	.....
.....Dose :	.....	Depuis :	.....

AINS ? Corticoïdes ? : Autres :

Automesure : Oui Non

Remarques :

.....

.....

*entourer ce qui convient.

Réservé à la sage-femme

TAG : TAD : Pouls : Poids :kgs Taille :cm
Mode : Palier :mmHg Manchette : Bras :

Remarques.....

.....