



بطاقة تتبع ضغط الدم

NYC
Health

اتصلي بالرقم 311 أو تفضلي بزيارة
[.nyc.gov/health](https://www.nyc.gov/health)

المعلومات الشخصية

الاسم:

تاريخ الولادة (إذا كان ينطبق):

مقدم الرعاية الصحية:

رقم هاتف مقدم الرعاية الصحية:

أدوية ضغط الدم:

تتبعي أدويتك. إذا قام مقدم رعايتك الصحية بتغيير أحد
الأدوية و/أو إحدى الجرعات، فحدّثي هذا القسم.

لمزيد من المعلومات، تكلمي مع مقدم رعايتك أو اتصلي
بالرقم 311.

HPDIX25700 - 6.23 Arabic

| ضغط الدم | التاريخ | ضغط الدم | التاريخ | ضغط الدم | التاريخ |
|----------|------------------------------------|----------|------------------------------------|----------|------------------------------------|
| / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● | / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● | / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● |
| / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● | / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● | / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● |
| / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● | / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● | / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● |
| / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● | / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● | / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● |
| / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● | / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● | / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● |
| / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● | / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● | / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● |
| / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● | / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● | / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● |
| / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● | / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● | / | ____/____/____ صباحاً ● مساءً ● |

خطة العمل التي أتبعها



تعليمات خاصة

عندما يكون ضغط دمي أعلى من ____ / ____,
ينبغي أن

عندما يكون ضغط دمي أقل من ____ / ____, ينبغي
أن

هدفي لضغط الدم هو الوصول إلى

____/____

سأفحص ضغط دمي كل:

يوم في الصباح المساء

يمكن أن يشكل ارتفاع ضغط دمك خطورة عليك وعلى طفلك. تواصل مع مقدم رعايتك الصحية على الفور إذا كان ضغط دمك أعلى

من ____/____.

استخدمي هذا الجدول لتتبعي ضغط دمك طوال فترة الحمل وبعد الولادة. تكلمي مع مقدم رعايتك الصحية حول معدل قياس ضغط دمك.

| التاريخ | ضغط الدم | التاريخ | ضغط الدم | التاريخ | ضغط الدم | التاريخ | ضغط الدم | التاريخ | ضغط الدم | التاريخ | ضغط الدم |
|--|----------|--|----------|--|----------|--|----------|--|----------|--|----------|
| ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / |
| ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / |
| ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / |
| ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / |
| ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / |
| ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / | ____/____/____ صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/> | / |

استخدمي جهاز قياس ضغط الدم الخاص بك أو تحققي من صيدليتك المحلية. للعثور على صيدلية بالقرب منك تقدم فحوصات ضغط الدم مجانًا، تفضلي بزيارة [nyc.gov/health/map](https://www.nyc.gov/health/map). إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فاسألني موظفي الصيدلية.