



ৰক্তচাপ
হিসাব
ৰাখাৰ কাৰ্ড

কল কৰুন **311** এ বা ভিজিট
কৰুন nyc.gov/health।

NYC
Health

আমার রক্তচাপের লক্ষ্য হল

____/____

আমি আমার রক্তচাপ
পরীক্ষা করব প্রতি:

- দিনে এই সময়ে a.m.
 সপ্তাহে p.m.

উচ্চ রক্তচাপ আপনার ও আপনার
সন্তান উভয়ের জন্যই বিপজ্জনক
হতে পারে। আপনার রক্তচাপ যদি
____/____ এর বেশি হয় তাহলে
সাথে সাথে আপনার স্বাস্থ্য সেবা
প্রদানকারীর সাথে যোগাযোগ করুন।

আপনার গর্ভকালীন সময় জুড়ে এবং আপনার প্রসবের পরবর্তী সময়ে রক্তচাপের হিসাব রাখতে এই ছকটি ব্যবহার করুন। আপনার রক্তচাপ কত ঘন ঘন মাপতে হবে সে সম্পর্কে আপনার সেবা প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

তারিখ	রক্তচাপ	তারিখ	রক্তচাপ	তারিখ	রক্তচাপ	তারিখ	রক্তচাপ	তারিখ	রক্তচাপ	তারিখ	রক্তচাপ
___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/
___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/
___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/
___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/
___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/
___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/	___/___/___ ● a.m. ● p.m.	/

আপনার নিজস্ব রক্তচাপ মনিটর ব্যবহার করুন বা আপনার স্থানীয় ফার্মেসির সাথে কথা বলুন। বিনামূল্যের রক্তচাপ পরীক্ষা প্রদান করে এমন একটি নিকটস্থ ফার্মেসি খুঁজে পেতে, ভিজিট করুন nyc.gov/health/map। যদি আপনার সাহায্য প্রয়োজন হয়, ফার্মেসি কর্মচারীদের বলুন।

আমার কর্মপরিকল্পনা



বিশেষ নির্দেশাবলী

আমার রক্তচাপ যখন ___ / ___ এর উপরে,
তখন আমার উচিত

আমার রক্তচাপ যখন ___ / ___ এর নিচে,
তখন আমার উচিত

ব্যক্তিগত তথ্যাবলী

নাম:

প্রসবের তারিখ (প্রযোজ্য হলে):

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নাম:

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর ফোন নম্বর:

রক্তচাপের ওষুধসমূহ:

আপনার ওষুধসমূহের হিসাব রাখুন। আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী যদি একটি ওষুধ এবং/অথবা ডোজ পরিবর্তন করে, তাহলে এই বিভাগটি হালনাগাদ করুন।

আরো তথ্যের জন্য, আপনার সেবা প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন বা **311** এ ফোন করুন।