



SCHEDA DI AUTOCONTROLLO

ISTRUZIONI

DATA								
Ho seguito la dieta correttamente (sì/no/in parte)								
Ho assunto la quantità di liquidi consigliata: ____ (sì/no)								
Peso kg								
Gonfiore dei piedi - gambe (segno: -/+/=)								
Ho alzato la dose di diuretico? (sì/no)								
Urina: più/meno/uguale								
Pressione sanguigna massima								
Pressione sanguigna minima								
Polso								
Glucosio nel sangue								
Ho fatto esercizio (sì/no)								
Sensazione di mancanza di respiro (sì/no)								
Più tosse del solito (sì/no)								
Più catarro del solito (sì/no)								
Il mio catarro cambia colore (sì/no)								
Vertigini (sì/no)								
Diarrea (sì/no)								
Vomito (sì/no)								
Febbre (sì/no)								
OSSERVAZIONI								