

AUTOCONTROL

INSTRUCCIONES

FECHA									
He realizado la dieta correctamente (si/no/a medias)									
Líquidos recomendado: ____ (si/no)									
Peso: kg									
Hinchazón de pies - piernas (marca: -/+/=)									
¿Subió su dosis de diurético? (si/no)									
Orina: más / menos / igual									
Tensión arterial máxima									
Tensión arterial mínima									
Pulso									
Glucosa en sangre									
Realización de ejercicio (anotar los minutos realizados en el día)									
Sensación de falta de aire (si/no)									
Más tos de lo habitual (si/no)									
Más flemas de lo habitual (si/no)									
Mis flemas cambian de color (si/no)									
Mareo (si/no)									
Diarrea (si/no)									
Vómitos (si/no)									
Fiebre (si/no)									
OBSERVACIONES									