



## Blood Pressure Record Form

Donor Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Recipient Name: \_\_\_\_\_

Complete 2 blood pressure readings per day over 5 days for a total of 10 readings. Each day your blood pressure should be taken at a different time (morning, afternoon, evening, etc.), and the 2 recordings for that day should happen 15 minutes apart.

Send your completed forms by fax or mail to the Living Donor Coordinator.

Fax: (318) 212-4552

Mail: WK John C. McDonald Regional Transplant Center

Attn: Ashley Entwistle, RN

2751 Albert Bicknell Drive, Suite 4A

Shreveport, Louisiana 71103

<u>DATE</u>	<u>FACILITY NAME</u>	<u>TIME</u>	<u>BLOOD PRESSURE</u> <u>(taken 15 minutes apart)</u>	<u>PULSE</u>
1. _____	_____	1 <sup>st</sup> : _____	1 <sup>st</sup> : _____ / _____	1 <sup>st</sup> : _____
		2 <sup>nd</sup> : _____	2 <sup>nd</sup> : _____ / _____	2 <sup>nd</sup> : _____
2. _____	_____	1 <sup>st</sup> : _____	1 <sup>st</sup> : _____ / _____	1 <sup>st</sup> : _____
		2 <sup>nd</sup> : _____	2 <sup>nd</sup> : _____ / _____	2 <sup>nd</sup> : _____
3. _____	_____	1 <sup>st</sup> : _____	1 <sup>st</sup> : _____ / _____	1 <sup>st</sup> : _____
		2 <sup>nd</sup> : _____	2 <sup>nd</sup> : _____ / _____	2 <sup>nd</sup> : _____
4. _____	_____	1 <sup>st</sup> : _____	1 <sup>st</sup> : _____ / _____	1 <sup>st</sup> : _____
		2 <sup>nd</sup> : _____	2 <sup>nd</sup> : _____ / _____	2 <sup>nd</sup> : _____
5. _____	_____	1 <sup>st</sup> : _____	1 <sup>st</sup> : _____ / _____	1 <sup>st</sup> : _____
		2 <sup>nd</sup> : _____	2 <sup>nd</sup> : _____ / _____	2 <sup>nd</sup> : _____