



FORMULAIRE DE LECTURES IMPRIMÉES



S'IL VOUS PLAÎT COMPLÈTEMENT DANS LE BLOC SEULEMENT CAPITALES, EN ENCRE NOIRE ET INSÉRER SEULEMENT X DANS LES CHAMPS DE LA BOÎTE DE CONTRÔLE

AU SUJET DU SITE DE DÉPISTAGE

*1	Pays	
*2	Ville	
3	Adresse postale ou email du lieu de dépistage	
4	Où se trouve votre site de dépistage?	<input type="checkbox"/> Hôpital/clinique <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Lieu de travail <input type="checkbox"/> Zone publique (extérieur) <input type="checkbox"/> Zone publique (à l'intérieur) <input type="checkbox"/> Autre
*5	Date du dépistage (dd/mm/yy)	/ /
*6	Heure du dépistage (format 24h, par ex. 14h25)	:
7	Température sur le lieu du dépistage	<input type="checkbox"/> °C <input type="checkbox"/> °F

LES PARTICIPANTS

*8	Veuillez confirmer que vous comprenez que vos données sont enregistrées de façon anonyme et que vous donnez votre accord pour que vos résultats puissent être utilisés à des fins de recherche académique.		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9	Ethnicité**	<input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Sud - asiatique <input type="checkbox"/> de l'Asie de l'Est <input type="checkbox"/> Asie du Sud-Est <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Hispanique (États-Unis seulement)	<input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Autre
10	Vous a-t-on déjà pris votre pression artérielle?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11	Vous a-t-on pris votre mesure artérielle dans les derniers 12 mois?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12	Avez-vous pris part à la campagne de dépistage MMM17?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13	Avez-vous été diagnostiqué d'une tension artérielle élevée par un expert de la profession médicale (sauf si vous étiez enceinte)?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14	Prenez-vous actuellement des médicaments contre la pression artérielle élevée ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
*15	Quel âge avez-vous en années ? (Estimez si inconnu)		<input type="checkbox"/> Si estimé, insérez X
*16	Sexe		<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre
17	Etes-vous enceinte?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
18	Etes-vous à jeun?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
19	Etes-vous diabétique?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
20	Fumez-vous?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
21	Buvez-vous de l'alcool?		<input type="checkbox"/> Jamais / rarement <input type="checkbox"/> 1-3 fois par mois <input type="checkbox"/> Une fois par semaine
22	Avez-vous eu une crise cardiaque dans le passé?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
23	Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral (AVC) dans le passé?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas

LES MESURES

24	Poids (Estimez si inconnu)	Kilogrammes (kg) OU Livres (lbs)	<input type="checkbox"/> Si estimé, insérez X
25	Taille (Estimez si inconnu)	' " Pieds & Pouces OU Centimètres (cm)	<input type="checkbox"/> Si estimé, insérez X
26	Quel type de tensiomètre était utilisé pour la mesure?		<input type="checkbox"/> Automatique <input type="checkbox"/> Non automatisé
27	Quels sont le type de modèle et le nom du fabricant?		
28	Sur quel bras vous a-t-on pris la tension artérielle?		<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit
		Pression systolique (PAS)	Pression diastolique (PAD)
			Fréquence cardiaque
*29	1^{ère} prise		
30	2^{ème} prise		
31	3^{ème} prise		

* Ces questions doivent recevoir une réponse afin d'être soumises pour le May Measurement Month

NB: N'enregistrez aucune donnée personnelle permettant d'identifier le patient, par ex. nom Adresse.

** Asie du Sud - Originaire de: Inde, Pakistan, Bangladesh, Népal, Bhoutan, Maldives et Sri Lanka

Asie de l'Est - Originaire de: Chine continentale, Hong Kong, Macao, Taiwan, Japon, Mongolie, Corée du Nord et Corée du Sud, Chine, Hong Kong, Japon, Macao, Mongolie, Corée du Nord, Corée du Sud, Taiwan

Asie du Sud-Est - Originaire de: Cambodge, Laos, Myanmar (Birmanie), Thaïlande, Vietnam et Malaisie, Brunei (sur l'île de Bornéo), Indonésie, Philippines, Singapour et Timor oriental