



DRUKOWANE ODCZYTY FORMIE

PROSIMY WYPEŁNIĆ TYLKO KAPITAŁE Z BLOKIEM, Z CZARNYM ATRAMENTEM I WKŁAD WYŁĄCZNIE X W POLU KASY

O OŚRODKU POMIARU CIŚNIENIA

*1	Kraj	
*2	Nazwa miejscowości	
3	Adres e-mail i/lub identyfikator ośrodka	
4	Gdzie znajduje się ośrodek pomiaru ciśnienia?	<input type="checkbox"/> Szpital / klinika <input type="checkbox"/> Apteka <input type="checkbox"/> Miejsce pracy <input type="checkbox"/> Obszar publiczny (na zewnątrz) <input type="checkbox"/> Obszar publiczny (w pomieszczeniu) <input type="checkbox"/> Inny
*5	Data pomiarów (dd/mm/rr)	/ /
*6	Godzina pomiarów w formacie 24-godzinnym (np. 14.25)	:
7	Temperatura w miejscu pomiaru ciśnienia	<input type="checkbox"/> °C <input type="checkbox"/> °F

O UCZESTNIKU

*8	Potwierdź, że rozumiesz, że zapisywane dane są anonimowe i wyrażasz zgodę na to, aby podawane informacje były wykorzystywane do celów naukowych	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
9	Pochodzenie etniczne (zadeklarowane samodzielnie)**	<input type="checkbox"/> Czarny <input type="checkbox"/> Biały <input type="checkbox"/> Południowa Azja <input type="checkbox"/> Wschodnia Azja <input type="checkbox"/> Arabski <input type="checkbox"/> Azja Południowo-Wschodnia <input type="checkbox"/> Hiszpanie (TYLKO USA) <input type="checkbox"/> Mieszany <input type="checkbox"/> Inny
10	Czy mierzyłeś/eś kiedykolwiek swoje ciśnienie krwi?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
11	Czy mierzyłeś/eś swoje ciśnienie krwi w ciągu ostatnich 12 miesięcy?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
12	Czy uczestniczyłeś/eś w badaniu MMM17?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
13	Czy kiedykolwiek pracownik medyczny zdiagnozował u Ciebie wysokie ciśnienie krwi (w przypadku kobiet - za wyjątkiem sytuacji związanych z ciążą) ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
14	Czy obecnie zażywasz leki przepisane na nadciśnienie tętnicze?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
*15	Ile masz lat (Oszacuj, jeśli nieznane) ?	<input type="checkbox"/> Wstaw X, jeśli jest szacowany
*16	Jaka jest Twoja płeć?	<input type="checkbox"/> Męski <input type="checkbox"/> żeński <input type="checkbox"/> inny
17	Czy jesteś w ciąży?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
18	Czy jesteś na czczo ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
19	Czy chorujesz na cukrzycę ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
20	Czy palisz papierosy lub używasz innych produktów tytoniowych ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
21	Czy spożywałeś alkohol ?	<input type="checkbox"/> Nigdy / rzadko <input type="checkbox"/> 1-3 razy na miesiąc <input type="checkbox"/> Raz w tygodniu
22	Czy miałeś/eś w przeszłości zawał serca ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
23	Czy miałeś/eś w przeszłości udar mózgu ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem

POMIARY

24	Waga(oszacowanie, jeśli nie mierzone)	Kilogramy (kg) LUB Funty (lbs)	<input type="checkbox"/> Wstaw X, jeśli jest szacowany	
25	Wzrost(oszacowanie, jeśli nie mierzone)	' " Stopy i cale LUB Centimeters (cm)	<input type="checkbox"/> Wstaw X, jeśli jest szacowany	
26	Podaj, jakiego ciśnieniomierza użyto do pomiaru ciśnienia ?	<input type="checkbox"/> Automatyczne <input type="checkbox"/> Nie zautomatyzowane		
27	Podaj nazwę producenta ciśnieniomierza i model aparatu			
28	Podaj, na którym ramieniu dokonany zostanie pomiar ciśnienia ?	<input type="checkbox"/> Lewym <input type="checkbox"/> Prawym		
		Ciśnienie skurczowe	Ciśnienie rozkurczowe	Tętno
*29	Pierwszy pomiar			
30	Drugi pomiar			
31	Trzeci pomiar			

* Odpowiedzi na te pytania należy składać w celu przesłania w majowym miesiącu pomiaru

nawiasem mówiąc: nie zapisuj żadnych danych osobowych, które mogłyby zidentyfikować pacjenta, np. imię i nazwisko, adres.

** Południowoazjatycka - z początkiem: Indii, Pakistanu, Bangladeszu, Nepalu, Bhutanu, Malediwów i Sri Lanki

Wschodniej Azji - z pochodzenia: Chin kontynentalnych, Hongkongu, Makao, Tajwanu, Japonii, Mongolii, Korei Północnej i Korei Południowej, Chin, Hongkongu, Japonii, Makao, Mongolii, Korei Północnej, Korei Południowej, Tajwanu

Azja Południowo-Wschodnia - z początkiem: Kambodży, Laosu, Birmy (Birmy), Tajlandii, Wietnamu i Malezji, Brunei (na wyspie Borneo), Indonezji, Filipin, Singapuru i Timoru Wschodniego