



FORMULARZ DLA MMM

PROSIMY WYPEŁNIĆ TYLKO KAPITAŁEM 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 (w pomieszczeniu) <input type="checkbox"/> Obszar publiczny (na zewnątrz) <input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Inna
*5	Data pomiarów (dd/mm/rr)	/ /

O UCZESTNIKU

*6	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
7	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"/> Azja Południowo-Wschodnia <input type="checkbox"/> Arabski <input type="checkbox"/> Mieszany <input type="checkbox"/> Inna
8	Kiedy ostatnio mierzyłeś ciśnienie krwi?	<input type="checkbox"/> nigdy <input type="checkbox"/> ponad 12 miesięcy temu <input type="checkbox"/> w ciągu ostatnich 12 miesięcy
9	Czy uczestniczyłeś/eś w badaniu MMM w 2017 lub 2018 roku?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
10	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
11	Czy obecnie zażywasz leki przepisane na nadciśnienie tętnicze?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
12	Jeśli tak na pytanie 11, ile leków na ciśnienie przyjmujesz obecnie?***	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 lub więcej
13	Jeśli tak na pytanie 11, czy przyjmujesz obecnie statynę?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
14	Jeśli tak na pytanie 11, czy przyjmujesz obecnie kwas acetylosalicylowy (aspirynę)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
*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"/> Inna
17	Jeśli kobieta, czy jesteś w ciąży?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
18	Jeśli kobieta, czy odnotowano u Ciebie podwyższone ciśnienie krwi w tej lub w poprzedniej ciąży?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
19	Czy jesteś na czczo?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
20	Czy chorujesz na cukrzycę?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
21	Czy palisz papierosy lub używasz innych produktów tytoniowych?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
22	Czy spożywałeś alkohol?	<input type="checkbox"/> nigdy/rzadko <input type="checkbox"/> 1-3 razy w miesiącu <input type="checkbox"/> przynajmniej raz w tygodniu
23	Czy miałeś/eś w przeszłości zawał serca?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
24	Czy miałeś/eś w przeszłości udar mózgu?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem

POMIARY

25	Waga (oszacowanie, jeśli nie mierzone)	Kilogramy (kg) LUB Funty (lbs)	<input type="checkbox"/> Wstaw X, jeśli jest szacowany
26	Wzrost (oszacowanie, jeśli nie mierzone)	' " Stopy i cale LUB Centymetry (cm)	<input type="checkbox"/> Wstaw X, jeśli jest szacowany
27	Jaka jest nazwa producenta aparatu do mierzenia ciśnienia?		
	Ciśnienie skurczowe	Ciśnienie rozkurczowe	Tętno
*28	Pierwszy pomiar		
29	Drugi pomiar		
30	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 Malesji, Brunei (na wyspie Borneo), Indonezji, Filipin, Singapuru i Timoru Wschodniego

*** Oznacza to, ile rodzajów leków jest przyjmowanych, tj. - inhibitory ACE, ARB, leki moczopędne, beta-blokery, blokery kanału wapniowego, alfa-blokery, inne. Jeśli nie masz pewności, podaj liczbę różnych tabletek przyjmowanych każdego dnia. (Jeśli zażywasz 1 tabletkę dwa razy dziennie, liczy się to jako 1.) Jeśli nieznane, pozostaw puste.