

筛查地点	1a*	居住国家:	1b.*居住城市:		
	2*	站点 ID (国家代码和站点编号): ____/____			
	3	测量场所:	<input type="checkbox"/> 医院/诊所	<input type="checkbox"/> 药房	<input type="checkbox"/> 公共场所 (室内)
	4*	测量日期	...DD.../...MM.../...YY...		
您同意本次的血压测量数据用于学术研究. 如果不知道答案请勿填写. 请勿记录任何可识别患者身份的个人数据·例如 姓名, 地址。					
关于参与者	5*	年龄	岁	<input type="checkbox"/> 如果是估算的标记 X	
	6*	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他		
	7*	种族	<input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 南亚 <input type="checkbox"/> 东/东南亚 <input type="checkbox"/> 中东 <input type="checkbox"/> 混血儿 <input type="checkbox"/> 其他		
	8*	您上一次测量血压是什么时候?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 12个月前 <input type="checkbox"/> 12个月内		
	9*	您是否已被专业医疗机构诊断为高血压 (怀孕除外)?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	10*	您目前是否正在服用任何处方降压药物?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚		
	10a*	如果您对问题 10 的回答是“是”, 您正在服用多少种不同类型的降压药物?***	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5种及以上 <input type="checkbox"/> 不清楚		
	11	您目前正在服用以下药物吗?	a) 他汀 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚		
			b) 阿司匹林片 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚		
			c) 华法林/口服抗凝剂 (血液稀释剂) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚		
	12*	若是女性, 是否怀孕?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚		
	13	您吸烟吗? (包括咀嚼烟草、雪茄、烟斗)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 戒烟 <input type="checkbox"/> 否		
	14	你吸电子烟吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 戒烟 <input type="checkbox"/> 否		
	15	您是否喝酒?	<input type="checkbox"/> 从不/偶尔 <input type="checkbox"/> 每月 1-3 次 <input type="checkbox"/> 每周 1-6 次 <input type="checkbox"/> 每天		
	16	您多久喝一次高咖啡因饮料? (例如咖啡、能量饮料, 如红牛、Redline 等)	<input type="checkbox"/> 从不或每月少于 4 次 <input type="checkbox"/> 每周 1-6 次 <input type="checkbox"/> 每天 1-3 次 <input type="checkbox"/> 每天 4 次或以上		
	17*	您是否曾经经历过或被诊断出患有...	a) 心脏病发作 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	b) 中风 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
			c) 心衰 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	d) 心律不齐 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
			e) 糖尿病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	f) 肾功能衰竭 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	18	您是否有父母、兄弟或姐妹被诊断患有.....	a) 高血压 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚		
			b) 糖尿病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚		
19	您是否每周进行至少 150 分钟中等强度的锻炼 (健步走) 或 75 分钟高强度锻?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
20	您知道富含钾的盐 (或低钠盐) 可以降低血压吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
21	受教育程度	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-6 年 <input type="checkbox"/> 7-12 年 <input type="checkbox"/> over 12 年			
22	您在家监测血压吗?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 上臂式袖带血压计 <input type="checkbox"/> 是, 腕式袖带血压计			
22a	如果问题 22 回答“是”, 您在家中多久测一次血压?	<input type="checkbox"/> 每月 <1 <input type="checkbox"/> 每月 1-3 次 <input type="checkbox"/> 每周 1-6 次 <input type="checkbox"/> 每天 ≥ 1+			
测量	23*	重量 (如果未测量则估计)	公斤/磅	<input type="checkbox"/> 如果是估算的标记 X <input type="checkbox"/> 不清楚	
	24*	身高 (如果未测量则估计)	米或英尺/英寸	<input type="checkbox"/> 如果是估算的标记 X <input type="checkbox"/> 不清楚	
	25	腰围尺寸 (如果未测量则估计)	厘米或英寸	<input type="checkbox"/> 如果是估算的标记 X <input type="checkbox"/> 不清楚	
	26	血压测量设备型号	<input type="checkbox"/> 欧姆龙 <input type="checkbox"/> 其他		
	27*		收缩压	舒张压	脉搏
	第一次测量				
	第二次测量				
	第三次测量				

* 必须回答这些问题才能提交 5 月血压测量月问卷。

**南亚-起源形式: 印度, 巴基斯坦, 孟加拉国, 尼泊尔, 不丹, 马尔代夫和斯里兰卡。东亚和东南亚-起源于印度次大陆以东的任何国家。

***这表示正在服用多少种药物, 例如-ACE 抑制剂·ARB, 利尿剂·β 受体阻滞剂·钙通道阻滞剂·α 阻滞剂等。 如果不确定, 请输入每天服用不同种类药物的数量。(如果您每天服用 1 片药物 2 次, 则计为 1)。

****这里指的是家庭血压测量的总次数, 而不是血压读数的次数。