

FORMULARZ UCZESTNICTWA W BADANIU MMM26

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI, CZARNYM ATRAMENTEM LUB DŁUGOPISEM, WSTAWIAJĄC JEDYNIENIE X W ODPOWIEDNICH POLACH WYBORU 

	1a*	Nazwa kraju:	1b* Nazwa miejscowości:			
	2*	Adres e-mail i/lub identyfikator ośrodka:				
	3	Gdzie znajduje się ośrodek pomiaru ciśnienia?	<input type="checkbox"/> szpital/przychodnia <input type="checkbox"/> apteka <input type="checkbox"/> obszar publiczny (w pomieszczeniu) <input type="checkbox"/> obszar publiczny (na zewnątrz) <input type="checkbox"/> dom <input type="checkbox"/> miejsce pracy osoby badanej			
	4*	Data pomiarów/...../.....			
Wypełnienie niniejszego formularza stanowi jednocześnie wyrażenie zgody na udostępnianie zebranych danych do celów badawczych. Jeśli na którekolwiek pytanie nie znasz odpowiedzi, pozostaw je puste. Nie zapisuj żadnych danych osobowych, które mogłyby zidentyfikować pacjenta, np. imię i nazwisko, adres						
U C Z E S T N I K U	5*	Ile masz lat? lat	<input type="checkbox"/> zaznacz X, jeśli informacja jest szacunkowa		
	6*	Z jaką płcią się utożsamiasz?	<input type="checkbox"/> męczyzna <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> inna			
	7*	Etniczność** (zadeklarowana samodzielnie)	<input type="checkbox"/> czarna <input type="checkbox"/> biała <input type="checkbox"/> południowoazjatycka <input type="checkbox"/> wschodnioazjatycka oraz południowo-wschodnioazjatycka <input type="checkbox"/> bliskowschodnia <input type="checkbox"/> mieszana <input type="checkbox"/> inna			
	8*	Kiedy ostatnio miałaś/miałeś mierzone ciśnienie krwi?	<input type="checkbox"/> nigdy <input type="checkbox"/> ponad 12 miesięcy temu <input type="checkbox"/> w przeciągu ostatnich 12 miesięcy			
	9*	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			
	10*	Czy przyjmujesz jakieś leki na receptę, aby obniżyć ciśnienie krwi?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem			
	10a*	Jeżeli odpowiedziałas/teś TAK na pytanie 10: Ile różnych rodzajów leków przyjmujesz w związku z nadciśnieniem?***	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 i więcej <input type="checkbox"/> nie wiem			
	11	Czy aktualnie zażywasz poniższe leki?	a) statyny <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem b) kwas acetylosalicylowy/aspirynę <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem c) warfarynę lub inne antykoagulanty (leki rozrzedzające krew) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem			
	12*	Jeśli jesteś kobietą, czy jesteś w ciąży?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem			
	13	Czy używałeś tytoniu/nikotyny (w tym również tytoń do żucia, cygara, fajki)?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie, ale paliłam/em w przeszłości <input type="checkbox"/> nie, nigdy nie paliłam/em			
	14	Czy używałeś e-papierosów?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie, ale używałam/em w przeszłości <input type="checkbox"/> nie, nigdy nie używałam/em			
	15	Czy spożywałeś alkohol?	<input type="checkbox"/> nigdy/bardzo rzadko <input type="checkbox"/> 1-3 razy w miesiącu <input type="checkbox"/> 1-6 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> codziennie			
	16	Jak często pijesz napoje o wysokiej zawartości kofeiny? (np. kawa, napoje energetyczne, np. Red Bull, Redline)	<input type="checkbox"/> nigdy/<4 razy w miesiącu <input type="checkbox"/> 1-6 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> 1-3 razy dziennie <input type="checkbox"/> 4+ dziennie			
	17*	Czy kiedykolwiek przebyłaś/eś lub zdiagnozowano u Ciebie...	a) zawał serca <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie b) udar mózgu <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie c) niewydolność serca <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie d) zaburzenia rytmu serca <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie e) cukrzyca <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie f) niewydolność nerek <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			
	18	Czy masz rodzica, brata lub siostrę, u których zdiagnozowano...?	a) Wysokie ciśnienie krwi <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem b) Cukrzyca <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem			
	19	Czy wykonujesz minimum 150 minut umiarkowanego wysiłku fizycznego tygodniowo (np. energiczny spacer) lub 75 minut bardziej intensywnego wysiłku?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
	20	Czy wiedziałeś, że sól bogata w potas (lub o obniżonej/niskiej zawartości sodu) może obniżyć ciśnienie krwi?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
	21	Ile lat się uczysz lub uczyłaś/eś?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-6 lat <input type="checkbox"/> 7-12 lat <input type="checkbox"/> więcej niż 12 lat			
	22	Czy używałeś w domu ciśnieniomierza?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, ciśnieniomierz z mankietem na ramieniu <input type="checkbox"/> Tak, ciśnieniomierz z mankietem na nadgarstek			
	22a	Jeśli odpowiedziałeś TAK na pytanie 22: jak często używasz tego ciśnieniomierza?	<input type="checkbox"/> < 1 raz w miesiącu <input type="checkbox"/> 1-3 razy w miesiącu <input type="checkbox"/> 1-6 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> ≥1+ razy dziennie			
P O M I A R Y	23*	Waga (oszacowana, jeśli nie została zmierzona)	kilogramy (kg) lub funty (lbs)	<input type="checkbox"/> zaznacz X, jeśli informacja jest szacunkowa <input type="checkbox"/> nie wiem		
	24*	Wzrost (oszacowana, jeśli nie została zmierzona)	centymetry (cm) lub stopy/cale	<input type="checkbox"/> zaznacz X, jeśli informacja jest szacunkowa <input type="checkbox"/> nie wiem		
	25	Rozmiar talii (oszacowana, jeśli nie została zmierzona)	centymetry (cm) lub cale	<input type="checkbox"/> zaznacz X, jeśli informacja jest szacunkowa <input type="checkbox"/> nie wiem		
	26	Jaka jest nazwa producenta aparatu do mierzenia ciśnienia?	<input type="checkbox"/> OMRON <input type="checkbox"/> inna			
	27*		Ciśnienie skurczowe (SBP)	Ciśnienie rozkurczowe (DBP)	Tętno	
			Pierwszy pomiar			
		Drugi pomiar				
		Trzeci pomiar				

*To jest pytanie obowiązkowe. Upewnij się, że odpowiedziałeś na wszystkie obowiązkowe pytania.

**Południowoazjatyckie: Indie, Pakistan, Bangladesz, Nepal, Bhutan, Malediwy, Sri Lanka. Wschodnioazjatyckie i południowo-wschodnioazjatyckie: pochodzenie z krajów nieznajdujących się na sub-kontynencie indyjskim.

*** Oznacza to ilość różnych, przyjmowanych leków a nie ilość zażywanych tabletek, czyli np. ACE-inhibitory, ARB, diuretyki, beta-blokery, blokery kanału wapniowego, alfa-blokery, inne. Jeśli nie jesteś pewna/y, wpisz proszę ilość przyjmowanych dziennie różnych tabletek (np. jeśli przyjmujesz jakąś tabletkę dwa razy dziennie policz to jako jeden lek).

****Dotyczy to całkowitej liczby sesji pomiaru ciśnienia krwi w domu, a nie liczby wykonanych odczytów ciśnienia krwi.