

# MMM26 FORMULÁRIO DE RECOLHA DE DADOS

POR FAVOR PREENCHA EM LETRAS MAIÚSCULAS, EM TINTA PRETA E APENAS INSIRA X ONDE APROPRIADO NOS CAMPOS DA CAIXA DE SELEÇÃO

INFORMAÇÃO SITE DE TRIAGEM		1a*	Nome do país:	1b.*Nome da Cidade/Vila/aldeia:			
		2*	ID do site (código do país e número do site): ___/___				
		3	Onde esta localizado o seu site de triagem?	<input type="checkbox"/> Hospital/Clínica <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Local público (interior) <input type="checkbox"/> Local público (exterior) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Local de trabalho			
		4*	Data de medição	...DD.../...MM.../...YY...			
AO COMPLETAR ESTE FORMULÁRIO ESTÁ A CONSENTIR EM PARTILHAR AS SUAS INFORMAÇÕES PARA FINS DE INVESTIGAÇÃO ACADÊMICA. POR FAVOR DEIXE A RESPOSTA EM BRANCO SE NÃO SOUBER. NÃO É PERMITIDO REGISTRAR DADOS PESSOAIS QUE POSSAM IDENTIFICAR O PARTICIPANTE EXEMPLO: NOME, MORADA.							
SOBRE O PARTICIPANTE	5*	Quantos anos tem? (estimativa se não souber)	Anos		<input type="checkbox"/> Marque com um X se for estimativa		
	6*	Qual o seu sexo?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Outro				
	7*	Etnicidade** (auto-declarada)	<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Asiático do Sul <input type="checkbox"/> Asiático do Este/Sudeste <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Outra				
	8*	Quando foi a última vez que mediu a sua tensão arterial (PA)?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Há mais de 12 meses <input type="checkbox"/> Nos últimos 12 meses				
	9*	Já alguma vez foi diagnosticado com tensão arterial alta por um profissional de saúde (excluindo durante a gravidez)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe				
	10*	Está a tomar algum medicamento prescrito para baixar a pressão arterial?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe				
	10a*	Se você respondeu SIM para Q10, quantos tipos diferentes de medicamentos para hipertensão você está tomando?***	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 + <input type="checkbox"/> Não sabe				
	11	Está a tomar os seguintes medicamentos?	a) Estatina <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe b) Aspirina <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe c) Varfarina/anticoagulante (afinadores de sangue) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe				
	12*	Se for do sexo feminino, está grávida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe				
	13	Consome tabaco? (incluindo tabaco de mastigar, charutos, cachimbos)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não atualmente - mas consumi no passado <input type="checkbox"/> Nunca				
	14	Você vape (cigarros eletrônicos)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não atualmente - mas consumi no passado <input type="checkbox"/> Nunca				
	15	Consome álcool?	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente <input type="checkbox"/> 1-3 vezes por mes <input type="checkbox"/> 1-6 vezes por semana <input type="checkbox"/> Diariamente				
	16	Com que frequência ingere bebidas com elevado teor de cafeína? (e.g. Café, bebidas energéticas, e.g. Red Bull)	<input type="checkbox"/> Nunca ou <4 vezes por mês <input type="checkbox"/> 1-6 vezes por semana <input type="checkbox"/> 1-3 vezes por dia <input type="checkbox"/> 4+ vezes por dia				
	17*	Você já experimentou ou foi diagnosticado como tendo...	a) Ataque cardíaco <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe    b) Acidente Vascular Cerebral <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não c) Insuficiência cardíaca <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe    d) Batimento cardíaco irregular <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não e) Diabetes <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe    f) Insuficiência renal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
	18	Tem um pai, mãe, irmão ou irmã diagnosticado com...	a) Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe b) Diabetes <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe				
	19	Costuma praticar pelo menos 150 minutos de exercício moderado (caminhada rápida) ou 75 minutos de exercício mais vigoroso por semana?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
	20	Sabia que o sal rico em potássio (ou com baixo teor de sódio) pode reduzir a pressão arterial?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
	21	Quantos anos de educação formal tem?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-6 anos <input type="checkbox"/> 7-12 anos <input type="checkbox"/> Mais de 12 anos				
	22	Utiliza um aparelho de pressão arterial em casa?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, um aparelho de braço <input type="checkbox"/> Sim, um aparelho de pulso				
	22a	Se SIM à P22, com que frequência usa este dispositivo?	<input type="checkbox"/> <1 vez por mês <input type="checkbox"/> 1-3 vezes por mês <input type="checkbox"/> 1-6 vezes por semana <input type="checkbox"/> ≥1+ por dia				
MEDIÇÕES	23*	Qual é o seu peso (Estimativa se não for medida)	Kilograms (kg)	OR	Libras (lbs)	<input type="checkbox"/> Marque com um X se for estimativa <input type="checkbox"/> Não sabe	
	24*	Altura (Estimativa se não for medida)	Metros (m)	OR	Pés/polegadas	<input type="checkbox"/> Marque com um X se for estimativa <input type="checkbox"/> Não sabe	
	25	Tamanho da cintura? (Estimativa se não for medida)	centímetros (cm)	OR	Polegadas	<input type="checkbox"/> Marque com um X se for estimativa <input type="checkbox"/> Não sabe	
	26	Qual é a marca da companhia da maquina medidora de tensão arterial que está a usar?	<input type="checkbox"/> OMRON <input type="checkbox"/> Outros				
	27*		Pressão arterial sistólica (PAS)		Pressão arterial diastólica * (PAD)	Pulso/batimento	
	Primeira medição						
	Segunda medição						
	Terceira medição						

\* Estas perguntas têm de ser respondidas para O 'May Measurement Month' (Mês de Medição de Maio) poder ser submetido

\*\*Asiático do Sul - com origens na: Índia , Paquistão, Bangladesh, Nepal, Butão , Ilhas Maldivas e Sri Lanka. Asiático do Este e Sudeste - Com origens em qualquer País do sub-continente Indiano

\*\*\*Significa quantos tipos diferentes de medicamentos estão a ser tomados. Por exemplo - inibidores da conversão da enzima da angiotensina", bloqueadores dos receptores da angiotensina, diuréticos, beta-

bloqueadores, bloqueadores do canal de cálcio, bloqueadores  $\alpha$ 1 adrenérgicos, outros. Se não tiver a certeza por favor escrever o número de cada comprimido diferente que toma por dia. (se tiver a tomar um comprimido duas vezes por dia, apenas conta como 1).

\*\*\*\* Isto refere-se ao número total de sessões de medição da pressão arterial em casa, e não ao número de medições da pressão arterial realizadas.