



بيانات موقع المسح	
*1a	اسم الدولة
*1b	القرية/المنطقة/المدينة
2	هوية الموقع (رمز الدولة / رقم الموقع)
3	أين تمت عملية المسح؟ <input type="checkbox"/> مقر العمل <input type="checkbox"/> مستشفى/عيادة/صيدلية <input type="checkbox"/> منطقة عامة مغلقة <input type="checkbox"/> منطقة عامة مفتوحة <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> مكان آخر
*4	تاريخ أخذ قياس ضغط الدم
بيانات المشارك: بتعبئتك هذه الاستمارة فأنت توافق على مشاركة بياناتك لأغراض بحثية أكاديمية أي سؤال لا تعرف إجابته أتركه فارغا دون الإجابة عليه	
*5	كم عمرك بالسنوات؟ الرجاء التقدير في حال عدم المعرفة سنوات
*6	ما هو جنسك؟ <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> أخرى
*7	الشخصي باعتراك الأصل أو العرق <input checked="" type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> جنوب آسيوي <input type="checkbox"/> شرق أو جنوب شرق آسيوي <input type="checkbox"/> الشرق الأوسط <input type="checkbox"/> خليط <input type="checkbox"/> أخرى
8	متى آخر مرة قمت فيها بقياس ضغط دمك؟ <input type="checkbox"/> لم أقم أبدا بذلك <input type="checkbox"/> منذ أكثر من 12 شهرا <input type="checkbox"/> خلال آخر 12 شهرا
*9	هل تم تشخيصك مسبقا بمرض ارتفاع ضغط الدم؟ ما عدا فترة الحمل() <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
*10	هل تتناول أي أدوية موصوفة لخفض ضغط الدم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف
*10a	إذا اجبت على السؤال 10 بنعم/كم عدد الأنواع المختلفة من أدوية ضغط الدم التي تتناولها؟ *** <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 أو أكثر
11	حاليا، هل تتناول هذه الأدوية؟ ستاتين دواء خفض الكوليسترول (a) الأسبرين مسيل للدم (b) الوارفارين مميعات الدم (c) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف
*12	إن كنت أنثى، هل أنت حامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف
13	هل تستخدم التبغ؟ بما في ذلك مضغ التبغ والسيجار والغليون <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا ولكن سابقا نعم <input type="checkbox"/> لا أبدا
14	هل تدخن السجائر الإلكترونية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا ولكن سابقا نعم <input type="checkbox"/> لا أبدا
15	هل تشرب الكحوليات؟ <input type="checkbox"/> أبدا/نادرا <input type="checkbox"/> مرة إلى 3 مرات شهريا <input type="checkbox"/> مرة إلى 6 مرات شهريا <input type="checkbox"/> يوميا
16	كم مرة تشرب مشروبات تحتوي على نسبة عالية من الكافيين؟ (مثل القهوة ومشروبات الطاقة مثل ريد بول، ريدلاين) <input type="checkbox"/> مطلقا أو أقل من 4 مرات شهريا <input type="checkbox"/> 1-6 مرات في الأسبوع <input type="checkbox"/> 1-3 مرات في اليوم الواحد <input type="checkbox"/> أكثر من 4 مرات في اليوم
*17	هل أصبت سابقا بـ جلطة قلبية (a) جلطة دماغية (b) فشل عضلة القلب (c) عدم انتظام ضربات القلب (d) داء السكري (e) الفشل الكلوي (f) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18	هل تم تشخيص أحد والديك أو أخيك أو أختك بمرض؟ داء السكري <input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم <input type="checkbox"/>
19	هل تقوم بتمارين متوسطة المستوى كالمشي السريع لمدة 150 دقيقة أو بتمارين قوية كالجري مدة 75 دقيقة أسبوعيا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
20	هل تعلم أن الملح الغني بالبوتاسيوم أو الصوديوم المنخفض يمكن أن يخفض ضغط الدم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
21	ما مجموع السنوات الدراسية التي قضيتها في حياتك <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> سنة إلى 6 سنوات <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> إلى 12 سنة <input type="checkbox"/> سنة أكثر من 12
22	هل تستخدم جهاز مراقبة ضغط الدم في المنزل؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم، جهاز قياس ضغط الدم بأعلى الذراع <input type="checkbox"/> نعم، جهاز قياس ضغط الدم في المعصم
22a	إذا كانت الإجابة بنعم على السؤال 22، كم مرة تستخدم هذا المراقب؟ <input type="checkbox"/> أقل من مرة واحدة في الشهر <input type="checkbox"/> 1-3 مرات في الشهر <input type="checkbox"/> 6 مرات في الأسبوع <input type="checkbox"/> مرة أو أكثر في اليوم
23	الوزن / قدر الوزن إذا لم يوجد مقياس <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> ضع علامة X في حال أن الوزن كان تقديريا كجم
*24	الطول (تقدير في حال عدم القياس) <input checked="" type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> ضع علامة X في حال أن الوزن كان تقديريا متر
25	مقاس محيط الخصر (تقديري إذا لم يُقاس) <input type="checkbox"/> ضع علامة X في حال أن الخصر كان تقديريا سنتيمتر
26	ما هي الشركة المصنعة لجهاز قياس ضغط الدم المستخدم؟ <input type="checkbox"/> أومرون <input type="checkbox"/> أخرى
*27	الضغط الانقباضي الضغط الانبساطي النبض

			القياس الأول
			القياس الثاني
			القياس الثالث

هذه الأسئلة يجب الإجابة عليها بالترتيب من أجل ادخالها في قاعدة بيانات حملة قياس ضغط الدم لشهر مايو*

شرق أو جنوب شرق آسيوي - من هم أصولهم من أي دولة تقع في شرق شبه القارة الهندية .جنوب آسيوي - من هم أصولهم من الهند أو باكستان أو بنغلاديش أو النيبال أو بوتان أو المالديف أو سريلانكا**

هذا يعني عدد أنواع الأدوية التي يتناولها المريض، وفي حالة عدم معرفة الأنواع فضلا أدخل عدد الحبوب المختلفة التي يتناولها المريض في كل يوم .مثال) إن كان يأخذ حبة واحدة مرتين يوميا، فهذا يعني أنه يتناول نوعا واحدا***

***يشير هذا إلى إجمالي عدد جلسات قياس ضغط الدم في المنزل، وليس عدد قراءات ضغط الدم المأخوذة.