



MMM21 FORMULAIRE DE SAISIE DE DONNEES

Complétez en majuscules, au stylo noir et insérez une croix dans les cases a cocher

| LIEU D'ÉVALUATION | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| *1a | Nom du Pays: | *1b. Nom de la ville/du village: | | |
| 2 | Identité du site et / ou adresse email de l'investigateur: | | | |
| 3 | Où est situé votre site d'évaluation? | <input type="checkbox"/> Hopital/Clinique/Pharmacie <input type="checkbox"/> Lieu de travail <input type="checkbox"/> Lieu public (intérieur) <input type="checkbox"/> Lieu public (extérieur) <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Autre | | |
| *4 | Date de prise de tension |/...../..... | | |
| LE PARTICIPANT | | | | |
| EN COMPLÉTANT CE FORMULAIRE VOUS CONSENTEZ À PARTAGER VOS INFORMATIONS DANS UN BUT DE RECHERCHE ACADÉMIQUE. SI VOUS NE CONNAISSEZ PAS LA RÉPONSE LAISSEZ LA CASE EN BLANC | | | | |
| 5 | Ethnicité (autodéclarée) | <input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Sud Asiatique <input type="checkbox"/> Sud-Est Asiatique <input type="checkbox"/> Moyen Oriental <input type="checkbox"/> Mixed <input type="checkbox"/> Other | | |
| 6 | Quand avez-vous eu une prise de tension artérielle (TA)? | <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Il y a plus de 12 mois <input type="checkbox"/> Dans les 12 derniers mois | | |
| 7 | En quelles années avant aujourd'hui avez-vous participé à MMM? (Cochez les cases pertinentes) | <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> 2017 <input type="checkbox"/> 2018 <input type="checkbox"/> 2019 | | |
| *8 | Avez-vous déjà eu un diagnostic de TA élevée établie par un professionnel de santé (hors grossesse)? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| 9 | Combien de sortes de médicaments pour votre TA prenez-vous actuellement?*** | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 + <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | | |
| 10 | Est-ce-que vous payez pour les consultations et/ou les médicaments que vous prenez pour traiter votre TA? | <input type="checkbox"/> Rien <input type="checkbox"/> Une partie <input type="checkbox"/> Entièrement <input type="checkbox"/> Pas sur si en partie ou entièrement | | |
| 11 | Prenez-vous vos médicaments pour votre TA régulièrement? Si non - pourquoi? (Cochez les cases) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Trop cher <input type="checkbox"/> Difficile à obtenir <input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Je les prends <input type="checkbox"/> Je préfère la médecine douce <input type="checkbox"/> J'oublie | | |
| 12 | Prenez-vous actuellement les médicaments suivants? | a) Statin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | b) Aspirin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | |
| *13 | Quel âge avez-vous en années? (Estimez le si inconnu) | ans | <input type="checkbox"/> Mettez une croix si estimé | |
| *14 | Quel est votre sexe? | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre | | |
| 15 | Si de sexe féminin, êtes-vous enceinte? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| 16 | Si de sexe féminin, avez-vous eu une TA élevée pendant cette grossesse ou une précédente? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| 17 | Si de sexe féminin, prenez-vous actuellement... | a) Contraception hormonale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | b) Thérapie de remplacement d'hormone (TRH) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| 18 | Utilisez-vous du tabac? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - mais oui dans le passé <input type="checkbox"/> Jamais | | |
| 19 | Consomez-vous de l'alcool? | <input type="checkbox"/> Jamais/rarement <input type="checkbox"/> 1 - 3 fois par mois <input type="checkbox"/> 1 - 6 fois par semaine <input type="checkbox"/> Quotidiennement | | |
| 20 | Avez-vous eu diabète diagnostiqué par un professionnel de santé (hors grossesse)? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| 21 | Avez-vous souffert d'une ... | a) Crise cardiaque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | b) D'un accident vasculaire cérébral <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| 22 | Avez-vous eu un test Covid-19 (coronavirus)? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| 23 | Votre traitement pour TA a été affecté par COVID-19 (Coronavirus)? | <input type="checkbox"/> Pas du tout ou N/A† <input type="checkbox"/> Médicaments habituels pas disponibles <input type="checkbox"/> Changement de médicaments <input type="checkbox"/> Nouveaux médicaments ajoutés <input type="checkbox"/> Médicaments pris pour la première fois <input type="checkbox"/> Médicaments discontinués <input type="checkbox"/> N'a pas accès à un prestataire de santé | | |
| 24 | Avez-vous été vacciné contre le COVID? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| 25 | Prenez-vous au moins 150 mns d'exercice modéré (marche rapide) ou 75 mns d'exercice vigoureux par semaine? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| 26 | Combien d'années d'éducation avez-vous reçues? | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-6 ans <input type="checkbox"/> 7-12 ans <input type="checkbox"/> Plus de 12 ans | | |
| MENSURATIONS | | | | |
| 27 | Poids (estimé si non mesuré) | Kilos (Kg) OU Livres (lbs) | <input type="checkbox"/> Mettre une croix si estimé | |
| 28 | Quel était votre poids à la naissance? | Kilos (Kg) OU Livres (lbs) | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | |
| 29 | Quelle est la marque de la machine utilisée pour mesurer votre TA? | <input type="checkbox"/> OMRON <input type="checkbox"/> Autre | | |
| *30 | | Tension Arterielle Systolique (TAS) | Tension Arterielle Diastolique *TAD) | Pouls |
| | 1 ière mesure | | | |
| | 2 ième mesure | | | |
| | 3 ième mesure | | | |

*Réponses obligatoires pour être inclus dans le May Measurement Month

NB: Ne notez aucune donnée personnelle qui permettrait d'identifier les patients (nom, adresse)

** Sud Asiatiques - originaires de: Inde, Pakistan, Bangladesh, Népal, Bhutan, Maldives et Sri Lanka Est et Sud-Est Asiatiques - Originaires des pays à l'est du sous-continent Indien.

***Cela signifie combien de types de médicaments sont pris ex. inhibiteurs de l'ECA, ARBs, diurétiques, beta-blockers, inhibiteurs calciques, alpha-blockers, autres. Si vous n'êtes pas sûr mettez le nombre de différents comprimés que vous prenez chaque jour. (Si vous prenez 1 comprimé 2 fois par jour, cela compte comme 1).

† N/A - Non applicable