|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **स्क्रीनिंग साइट के बारे में** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **\*1a** | | **देश का नाम:** | | | | | | | | **\*1b. शहर / नगर / गाँव का नाम:** | | | | | | | | |
| **2** | | **साइट आईडी और / या अन्वेषक ईमेल पता:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3** | | **आपकी स्क्रीनिंग साइट कहां है?** | | | | | | | | अस्पताल / क्लिनिक / फार्मेसी  कार्यस्थल  सार्वजनिक क्षेत्र (अंदर) | | | | | | | | |
| सार्वजनिक क्षेत्र (बाहर)  घर  अन्य | | | | | | | | |
| **\*4** | | **माप की तिथि** | | | | | | | | ……../…….. /…….. | | | | | | | | |
| **प्रतिभागी के बारे में** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **इस फॉर्म को पूरा करके आप अकादमिक अनुसंधान उद्देश्यों के लिए अपनी जानकारी साझा करने के लिए सहमति दे रहे हैं अगर आपको जवाब नहीं पता तो खाली छोड़ दें** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5** | **जातीयता (स्व-घोषित)** | | | | | काला  गोरा  दक्षिण एशियाई  पूर्व / दक्षिण पूर्व एशियाई  मध्य पूर्व  मिश्रित  अन्य | | | | | | | | | | | | |
| **6** | **आपने आखिरी बार अपना रक्तचाप (बी.पी.) कब मापा था?** | | | | | | | | | | | | कभी नहीँ  12 महीने पहले  पिछले 12 महीनों के भीतर | | | | | |
| **7** | **आज से पहले आपने MMM में किस वर्ष में भाग लिया था? (सभी लागू होने वाले विकल्पों पर सही का चिन्ह लगाएं)** | | | | | | | | | | | | कभी नहीँ  2017  2018  2019 | | | | | |
| **\*8** | **क्या आपने कभी स्वास्थ्य अधिकारी (गर्भावस्था को छोड़कर) द्वारा उच्च बीपी का निदान किया है?** | | | | | | | | | | | | हाँ  नहीं | | | | | |
| **9** | **वर्तमान में आप अपने बीपी के लिए कितने दवा वर्ग ले रहे हैं?\*\*\*** | | | | | | | | | | | | 0  १  २  ३  ४  ५  पता नहीं | | | | | |
| **10** | **जब आप अपने बीपी का इलाज करवाते हैं, तो क्या आप आमतौर पर अपने परामर्श और / या दवाओं के लिए फीस का भुगतान करते हैं?** | | | | | | | | | | | | कुछ भुगतान नहीं  आंशिक भुगतान  पूरा भुगतान   निश्चित नहीं है कि आंशिक या पूरी तरह से भुगतान किया | | | | | |
| **11** | **क्या आप नियमित रूप से अपनी बीपी की दवा लेते हैं? यदि नहीं - क्यों? (सभी लागू होने वाले विकल्पों पर सही का चिन्ह लगाएं)** | | | | | | | | | | मैं लेता हूं  बहुत महंगा  आसानी से उपलब्ध नहीं है  दुष्प्रभाव | | | | | | | |
| मैं उन्हें केवल तभी लेता हूं जब मुझे उनकी आवश्यकता होती है   वैकल्पिक चिकित्सा को प्राथमिकता देता हूं  भूल जाता हूं | | | | | | | |
| **12** | **क्या आप वर्तमान में निम्नलिखित दवाएं ले रहे हैं?** | | | | | | | | | | **a)** स्टैटिन  हाँ  नहीं  पता नहीं | | | | **b)** एस्पिरिन  हाँ  नहीं  पता नहीं | | | |
| **\*13** | **आप कितने साल के हैं? (अज्ञात होने पर अनुमान करें)** | | | | | | | | | | साल | | यदि अनुमान लगाया जाए तो X का चिन्ह लगाएं | | | | | |
| **\*14** | **आपका लिंग क्या है?** | | | | | | | | | | | | पुरुष  महिला  अन्य | | | | | |
| **15** | **यदि महिला, क्या आप गर्भवती हैं?** | | | | | | | | | | | | हाँ  नहीं | | | | | |
| **16** | **यदि महिला, क्या आपको इस या पिछली गर्भावस्था में उच्च बीपी था?** | | | | | | | | | | | | हाँ  नहीं | | | | | |
| **17** | **यदि महिला, क्या आप सेवन कर रहे है...** | | **a)** हार्मोनल गर्भनिरोधक | | | | हाँ  नहीं | | | | | | **b)** हार्मोन रिप्लेसमेंट ट्रीटमेंट (HRT)  हाँ  नहीं | | | | | |
| **18** | **क्या आप तंबाकू का सेवन करते हैं?** | | | | | | | हाँ  नहीं - लेकिन अतीत में किया था  कभी नहीँ | | | | | | | | | | |
| **19** | **क्या आप शराब का सेवन करते हैं?** | | | | | | | कभी नहीं / शायद ही कभी  प्रति माह 1-3 बार  प्रति सप्ताह 1-6 बार  रोज | | | | | | | | | | |
| **20** | **क्या आपको स्वास्थ्य अधिकारी (गर्भावस्था को छोड़कर) द्वारा मधुमेह होने का पता चला है?** | | | | | | | | | | | | हाँ  नहीं | | | | | |
| **21** | **क्या आपको कभी…** | | | | | | | | | | | | **a)** दिल का दौरा  हाँ  नहीं | | | | **b)** स्ट्रोक  हाँ  नहीं | |
| **22** | **क्या आप कोरोनावायरस (COVID-19) जाँच में संक्रमित पाए गए?** | | | | | | | | | | | | हाँ  नहीं | | | | | |
| **23** | **आपका बीपी इलाज COVID-19 (कोरोनावायरस) से कैसे प्रभावित हुआ?** | | | | | | | | | | बिल्कुल नहीं या N/Aⱡ  सामान्य दवा अनुपलब्ध  पुरानी दवाएं बदल गई | | | | | | | |
| नई दवाएं दी गईं  पहली बार दवा शुरू की  मेरी दवाओं को रोक दिया  स्वास्थ्य सेवा प्रदाता को मिलने में असमर्थ | | | | | | | |
| **24** | **क्या आपने COVID-19 टीकाकरण प्राप्त किया है?** | | | | | | | | | | | | हाँ  नहीं | | | | | |
| **25** | **क्या आप कम से कम 150 मिनट मध्यम व्यायाम (तेज चलना) या प्रति सप्ताह 75 मिनट से अधिक जोरदार व्यायाम में भाग लेते हैं?** | | | | | | | | | | | | | | हाँ  नहीं | | |  |
| **26** | **आपके पास कितने साल की शिक्षा है?** | | | | | | | | | | | | ०  1-6 साल  7-12 साल  12 वर्ष से अधिक | | | | | |
| **मापन** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **27** | | **वजन (अगर मापा नहीं तो अनुमान)** | | | किलोग्राम (किलो) या पाउंड (पाउंड) | | | | | | | | | यदि अनुमान लगाया जाए तो X का चिन्ह लगाएं | | | | |
| **28** | | **आपका जन्म वजन क्या था?** | | | किलोग्राम (किलो) या पाउंड (पाउंड) | | | | | | | | | पता नहीं | | | | |
| **29** | | **बीपी मशीन के निर्माता का नाम क्या है?** | | | | | | | OMRON  अन्य | | | | | | | | | |
| **\*30** | |  | | **सिस्टोलिक रक्तचाप (SBP)** | | | | | | | | **डायस्टोलिक रक्तचाप \* DBP)** | | | | **नाड़ी** | | |
| **1 माप** | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |
| **दूसरा माप** | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |
| **तीसरा माप** | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |

\* मई मापन माह में प्रस्तुत किए जाने के लिए, इन प्रश्नों का उत्तर दिया जाना चाहिए। **NB:** किसी भी व्यक्तिगत डेटा को रिकॉर्ड न करें जो रोगी की पहचान करेगा eg, नाम पता। **\*\* दक्षिण एशियाई - मूल रूप :** भारत, पाकिस्तान, बांग्लादेश, नेपाल, भूटान, मालदीव और श्रीलंका। **पूर्व और दक्षिण-पूर्व एशियाई -** भारतीय उप-महाद्वीप के पूर्व के किसी भी देश से उत्पन्न।   
\*\*\* इसका मतलब है कि कितने प्रकार की दवाएँ ली जा रही हैं अर्थात् - एसीई-इनहिबिटर, एआरबी, ड्यूरेटिक, बीटा-ब्लॉकर्स, कैल्शियम चैनल ब्लॉकर्स, अल्फा-ब्लॉकर्स, अन्य। यदि आप अनिश्चित हैं, तो कृपया प्रत्येक दिन विभिन्न टैबलेटों की संख्या दर्ज करें। (यदि आप दिन में दो बार 1 टैबलेट ले रहे हैं, तो यह 1 के रूप में गिना जाता है)।  
**ⱡ N/A**- लागू नहीं