



MMM21 问卷

请用黑色墨水在复选框字段中插入大写字母 **X**

关于测量场所			
*1a	居住国家	*1b. 居住城市	
2	测量场所 ID/研究者电子邮箱		
3	测量场所	<input type="checkbox"/> 医院/诊所/药房 <input type="checkbox"/> 工作场所 <input type="checkbox"/> 公共场所 (室内) <input type="checkbox"/> 公共场所 (室外) <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 其他	
*4	测量日期/...../.....	
关于参与者			
您同意本次的血压测量数据用于学术研究			
如果不知道答案请勿填写			
5	种族	<input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 南亚 <input type="checkbox"/> 东/东南亚 <input type="checkbox"/> 中东 <input type="checkbox"/> 混血儿 <input type="checkbox"/> 其他	
6	您上一次测量血压是什么时候?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 12个月前 <input type="checkbox"/> 12个月内	
7	您以前是否参加过 MMM 项目?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 2017 <input type="checkbox"/> 2018 <input type="checkbox"/> 2019	
*8	您是否已被专业医疗机构诊断为高血压 (怀孕除外)?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
9	目前您服用几种降压药***?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5种及以上 <input type="checkbox"/> 不清楚	
10	您在降压治疗的过程中是否支付咨询费或医药费?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 自费一部分 <input type="checkbox"/> 全部自费 <input type="checkbox"/> 不确定	
11	您是否定期服用降压药? 如果不是-为什么?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 药费太贵 <input type="checkbox"/> 药物难以获得 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 需要的时候服用 <input type="checkbox"/> 倾向于可替代药物 <input type="checkbox"/> 忘记服药	
12	您是否服用以下药物?	a) 他汀类 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚	b) 阿司匹林 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚
*13	年龄	岁	<input type="checkbox"/> 如果是估算的标记 X
*14	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	
15	若是女性·是否怀孕?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
16	若是女性·此次或者既往怀孕期间血压是否升高?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
17	若是女性·您现在是否在服用...	a) 激素类避孕药 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	b) 激素替代疗法 (HRT) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
18	您是否吸烟?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 戒烟 <input type="checkbox"/> 否	
19	您是否喝酒?	<input type="checkbox"/> 从不/偶尔 <input type="checkbox"/> 每月 1-3 次 <input type="checkbox"/> 每周 1-6 次 <input type="checkbox"/> 每天	
20	您是否已被专业医疗机构诊断为糖尿病 (怀孕除外)?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
21	您是否有过以下疾病	a) 心脏病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	b) 中风 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
22	您是否感染过新冠病毒?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
23	您的高血压治疗是否受到新冠病毒的影响?	<input type="checkbox"/> 没有 † <input type="checkbox"/> 常用药物无法获得 <input type="checkbox"/> 更换药物 <input type="checkbox"/> 新增药物 <input type="checkbox"/> 开始第一次服药 <input type="checkbox"/> 停药 <input type="checkbox"/> 无法访问健康保健机构	
24	您是否接种新冠疫苗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
25	您是否每周进行至少 150 分钟中等强度的锻炼 (健步走) 或 75 分钟高强度锻炼?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
26	受教育程度	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-6 年 <input type="checkbox"/> 7-12 年 <input type="checkbox"/> 超过 12 年	
测量			
27	体重	公斤/磅	<input type="checkbox"/> 如果是估算的·请标记 X
28	出生体重	公斤/磅	<input type="checkbox"/> 不知道
29	血压测量设备型号	<input type="checkbox"/> 欧姆龙 <input type="checkbox"/> 其他	
*30		收缩压	舒张压
	第一次测量		
	第二次测量		
			脉搏
	第三次测量		

*必须回答这些问题才能提交 5 月血压测量月问卷。注意：请勿记录任何可识别患者身份的个人数据·例如 姓名·地址。

**南亚-起源形式：印度·巴基斯坦·孟加拉国·尼泊尔·不丹·马尔代夫和斯里兰卡。东亚和东南亚-起源于印度次大陆以东的任何国家。

***这表示正在服用多少种药物·例如-ACE 抑制剂·ARB·利尿剂·β 受体阻滞剂·钙通道阻滞剂·α 阻滞剂等。如果不确定·请输入每天服用不同种类药物的数量。(如果您每天服用 1 片药物 2 次·则计为 1)·† 不适用