



FORMULARZ UCZESTNICTWA W BADANIU MMM21

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI, CZARNYM ATRAMENTEM LUB DŁUGOPISEM, WSTAWIAJĄC JEDYNIĘ X W ODPOWIEDNICH POLACH WYBORU



O OŚRODKU POMIAROWYM			
*1a	Nazwa kraju:	*1b. Nazwa miejscowości:	
2	Adres e-mail i/lub identyfikator ośrodka:		
3	Gdzie znajduje się ośrodek pomiaru ciśnienia?	<input type="checkbox"/> szpital/przychodnia/apteka <input type="checkbox"/> miejsce pracy osoby badanej <input type="checkbox"/> obszar publiczny (w pomieszczeniu) <input type="checkbox"/> obszar publiczny (na zewnątrz) <input type="checkbox"/> dom <input type="checkbox"/> inne	
*4	Data pomiarów/...../.....	
O UCZESTNIKU			
Wypełnienie niniejszego formularza stanowi jednocześnie wyrażenie zgody na udostępnianie zebranych danych do celów badawczych Jeśli na którekolwiek pytanie nie znasz odpowiedzi, pozostaw je puste			
5	Etniczność (zadeklarowana samodzielnie)	<input type="checkbox"/> czarna <input type="checkbox"/> biała <input type="checkbox"/> południowoazjatycka <input type="checkbox"/> wschodnioazjatycka oraz południowo-wschodnioazjatycka <input type="checkbox"/> bliskowschodnia <input type="checkbox"/> mieszana <input type="checkbox"/> inna	
6	Kiedy ostatnio miałaś/miałeś mierzone ciśnienie krwi?	<input type="checkbox"/> nigdy <input type="checkbox"/> ponad 12 miesięcy temu <input type="checkbox"/> w przeciągu ostatnich 12 miesięcy	
7	Czy kiedykolwiek wcześniej uczestniczyłaś/eś w badaniu MMM, jeśli tak to w którym roku? (zaznacz wszystkie prawidłowe odpowiedzi)	<input type="checkbox"/> nigdy <input type="checkbox"/> 2017 <input type="checkbox"/> 2018 <input type="checkbox"/> 2019	
*8	Czy kiedykolwiek pracownik medyczny zdiagnozował u Ciebie wysokie ciśnienie krwi? (w przypadku kobiet - za wyjątkiem sytuacji związanych z ciążą)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
9	Ile różnych rodzajów leków przyjmujesz w związku z nadciśnieniem?***	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 i więcej <input type="checkbox"/> nie wiem	
10	Czy płacisz za konsultacje i/lub leki w miejscu, w którym leczysz się na nadciśnienie?	<input type="checkbox"/> nie, nic nie płacę <input type="checkbox"/> tak, opłacam wizytę częściowo <input type="checkbox"/> tak, opłacam wizytę w całości <input type="checkbox"/> nie jestem pewna/y czy opłacam wizytę w całości czy częściowo	
11	Czy zażywasz leki na nadciśnienie regularnie, jeśli nie - dlaczego? (zaznacz wszystkie prawidłowe odpowiedzi)	<input type="checkbox"/> tak, biorę leki regularnie <input type="checkbox"/> nie, bo leki są za drogie <input type="checkbox"/> nie, bo leki są trudno dostępne <input type="checkbox"/> nie, z uwagi na skutki uboczne <input type="checkbox"/> nie biorę je tylko w razie potrzeby <input type="checkbox"/> nie, ponieważ preferuję medycynę alternatywną <input type="checkbox"/> nie, ponieważ o nich zapominam	
12	Czy aktualnie zażywasz poniższe leki?	a) statyna <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem b) aspiryna/kwas acetylosalicylowy <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem	
*13	Ile masz lat?	lat	<input type="checkbox"/> jeśli informacja jest szacunkowa - zaznacz X
*14	Z jaką płcią się utożsamiasz?	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> inna	
15	Jeśli jesteś kobietą, czy jesteś w ciąży?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
16	Jeśli jesteś kobietą, czy odnotowano u Ciebie podwyższone ciśnienie krwi w tej lub w poprzedniej ciąży/ciążach?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
17	Jeśli jesteś kobietą, czy aktualnie zażywasz poniższe środki?	a) antykoncepcja hormonalna <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	b) hormonalna terapia zastępcza (HTZ) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
18	Czy palisz papierosy?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie, ale paliłam/em w przeszłości <input type="checkbox"/> nie, nigdy nie paliłam/em	
19	Czy spożywasz alkohol?	<input type="checkbox"/> nigdy/bardzo rzadko <input type="checkbox"/> 1-3 razy w miesiącu <input type="checkbox"/> 1-6 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> codziennie	
20	Czy kiedykolwiek pracownik medyczny zdiagnozował u Ciebie cukrzycę? (w przypadku kobiet - za wyjątkiem sytuacji związanych z ciążą)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
21	Czy miałaś/eś w przeszłości...	a) zawał serca <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	b) udar mózgu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
22	Czy miałeś pozytywny test w kierunku COVID-19?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
23	Jak COVID-19 wpłynął na leczenie Twojego nadciśnienia?	<input type="checkbox"/> nie wpłynął/brak danych na ten temat † <input type="checkbox"/> zwykle zażywane leki nie były dostępne <input type="checkbox"/> zażywane leki zostały zmienione na nowe <input type="checkbox"/> dodane zostały nowe leki <input type="checkbox"/> zaczęłam/em farmakoterapię po raz pierwszy <input type="checkbox"/> przestałam/em zażywać leki <input type="checkbox"/> Brak dostępu do systemowej opieki zdrowotnej	
24	Czy otrzymałaś/eś szczepienie przeciwko COVID-19?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
25	Czy wykonujesz minimum 150 minut umiarkowanego wysiłku fizycznego tygodniowo (np. energiczny spacer) lub 75 minut bardziej intensywnego wysiłku?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
26	Ile lat się uczysz lub uczyłaś/eś?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-6 <input type="checkbox"/> 7-12 <input type="checkbox"/> więcej niż 12	
POMIARY			
27	waga (w kilogramach)	... kg	<input type="checkbox"/> jeśli informacja jest szacunkowa - zaznacz X
28	ile wynosiła twoja waga urodzeniowa? (w kilogramach)	... kg	<input type="checkbox"/> nie wiem
29	Jaka jest nazwa producenta aparatu do mierzenia ciśnienia?	<input type="checkbox"/> OMRON <input type="checkbox"/> inna	
*30		ciśnienie skurczowe (SBP):	ciśnienie rozkurczowe (DBP):
	pierwszy pomiar		
	drugi pomiar		
			tętno:
	trzeci pomiar		

*Odpowiedzi na te pytania są konieczne, aby formularz mógł być brany pod uwagę w badaniu Maj Miesiącem Mierzenia

Nie należy zapisywać żadnych danych osobowych pacjenta, które mogłyby prowadzić do jego identyfikacji, jak np. nazwisko czy adres.

**południowoazjatyckie: Indie, Pakistan, Bangladesz, Nepal, Bhutan, Malediwy, Sri Lanka wschodnioazjatyckie i południowo-wschodnioazjatyckie: pochodzenie z krajów nie znajdujących się na sub-kontynencie indyjskim

*** Oznacza to ilość różnych, przyjmowanych leków a nie ilość zażywanych tabletek, czyli np. ACE-inhibitory, ARB, diuretyki, beta-blokery, blokery kanału wapniowego, alfa-blokery, inne. Jeśli nie jesteś pewna/y, wpisz proszę ilość przyjmowanych dziennie różnych tabletek (np. jeśli przyjmujesz jakąś tabletkę dwa razy dziennie policz to jako jeden lek)

† N/A = Not applicable