



MMM21 FORMULÁRIO DE RECOLHA DE DADOS

POR FAVOR PREENCHA EM LETRAS MAIÚSCULAS, EM TINTA PRETA E APENAS INSIRA X ONDE APROPRIADO NOS CAMPOS DA CAIXA DE SELEÇÃO

INFORMAÇÃO SOBRE O SITE DE TRIAGEM			
*1a	Nome do país:	*1b. Nome da Cidade/Vila/aldeia:	
2	Número de identificação do Site e/ ou endereço de email do investigator:		
3	Onde esta localizado o seu site de triagem?	<input type="checkbox"/> Hospital/Clinica/Farmácia <input type="checkbox"/> Local de trabalho <input type="checkbox"/> Local público (interior) <input type="checkbox"/> Local público (exterior) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Outro	
*4	Data de medição/...../.....	
SOBRE O PARTICIPANTE			
AO COMPLETAR ESTE FORMULÁRIO ESTÁ A CONSENTIR EM PARTILHAR AS SUAS INFORMAÇÕES PARA FINS DE INVESTIGAÇÃO ACADÉMICA POR FAVOR DEIXE A RESPOSTA EM BRANCO SE NÃO SOUBER			
5	Etnicidade (auto-declarada)	<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Asiático do Sul <input type="checkbox"/> Asiático do Este/Sudeste <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Outra	
6	Quando foi a última vez que mediu a sua tensão arterial (PA)?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Há mais de 12 meses <input type="checkbox"/> Nos últimos 12 meses	
7	Em que anos participou no MMM anteriormente? (Selecione todas as respostas que são corretas/aplicam)	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 2017 <input type="checkbox"/> 2018 <input type="checkbox"/> 2019	
*8	Já alguma vez foi diagnosticado com tensão arterial alta por um profissional de saúde (excluindo durante a gravidez)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
9	Quantas classes de medicamentos esta atualmente a tomar para a sua tensão arterial? ***	<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"/> Não sabe	
10	Normalmente paga pelas suas consultas e / ou medicamentos para tratar a sua tensão arterial?	<input type="checkbox"/> Não paga <input type="checkbox"/> Paga em parte <input type="checkbox"/> Paga o montante na totalidade <input type="checkbox"/> Não tem a certeza se paga em parte ou na totalidade	
11	Toma a sua medicação para a tensão arterial regularmente? Se não - quais os motivos (selecione todas as respostas que aplicam)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> É muito caro <input type="checkbox"/> Não é fácil de obter <input type="checkbox"/> Efeitos secundários <input type="checkbox"/> Só tomo quando preciso <input type="checkbox"/> Prefiro tomar medicamentos alternativos <input type="checkbox"/> Esqueço-me facilmente	
12	Está atualmente a tomar os seguintes medicamentos?	a) Estatina <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe b) Aspirina <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
*13	Quantos anos tem? (estimativa se não souber)	Anos	<input type="checkbox"/> Marque com um X se for estimativa
*14	Qual o seu sexo?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Outro	
15	Se for do sexo feminino, está grávida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
16	Se for do sexo feminino, teve tensão arterial elevada durante a gravidez ou numa gravidez anterior?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
17	Se for do sexo feminino, esta atualmente a tomar...	a) Contraceptivos hormonais <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	b) Terapia de reposição hormonal (TRH) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
18	Consome tabaco?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não atualmente - mas consumi no passado <input type="checkbox"/> Nunca	
19	Consome álcool?	<input type="checkbox"/> Nunca/Raramente <input type="checkbox"/> 1-3 vezes por mes <input type="checkbox"/> 1-6 vezes por semana <input type="checkbox"/> Diariamente	
20	Foi alguma vez diagnosticado com diabetes por um profissional de saúde (exempto durante a gravidez)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
21	Alguma vez sofreu do seguinte...	a) Ataque cardíaco <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	b) Acidente Vascular Cerebral <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
22	Obteve no passado um teste positivo de COVID-19 (coronavírus)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
23	O seu tratamento de tensão arterial foi afetado pela pandemia do COVID-19 (coronavírus)?	<input type="checkbox"/> Não ou Não aplicável † <input type="checkbox"/> Os medicamentos usuais não estavam acessíveis <input type="checkbox"/> Os medicamentos que usava anteriormente mudaram <input type="checkbox"/> Foram adicionados novos medicamentos <input type="checkbox"/> Comecei a tomar medicamentos pela primeira vez <input type="checkbox"/> Os meus medicamentos foram descontinuados <input type="checkbox"/> Não foi possível aceder aos prestadores de cuidados de saúde	
24	Recebeu a vacina do COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
25	Costuma praticar pelo menos 150 minutos de exercício moderado (caminhada rápida) ou 75 minutos de exercício mais vigoroso por semana?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
26	Quantos anos de educação formal tem?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-6 anos <input type="checkbox"/> 7-12 anos <input type="checkbox"/> Mais de 12 anos	
MEDIÇÕES			
27	Peso (estimativa se não for medido)	Kilogramas (Kg) OU Libras (lbs)	<input type="checkbox"/> Marque com um X se for estimativa
28	What was your birthweight?	Kilogramas (Kg) OU Libras (lbs)	<input type="checkbox"/> Não sei
29	Qual é a marca da companhia da máquina medidora de tensão arterial que está a usar?	<input type="checkbox"/> OMRON <input type="checkbox"/> Outra	
*30		Pressão arterial sistólica (PAS)	Pressão arterial diastólica * (PAD)
	Primeira medição		
	Segunda medição		
	Terceira medição		Pulso/batimento

* Estas perguntas têm de ser respondidas para O 'May Measurement Month' (Mês de Medição de Maio) poder ser submetido

Nota: Não é permitido registar dados pessoais que possam identificar o participante exemplo: nome, morada

**Asiático do Sul - com origens na: Índia, Paquistão, Bangladesh, Nepal, Butão, Ilhas Maldivas e Sri Lanka Asiático do Este e Sudeste: Com origens em qualquer País do sub-continente Indiano

*** Significa quantos tipos diferentes de medicamentos estão a ser tomados. Por exemplo -inibidores da conversão da enzima da angiotensina, bloqueadores dos receptores da angiotensina, diuréticos, beta-bloqueadores, bloqueadores do canal de cálcio, bloqueadores alfa adrenérgicos, outros. Se não tiver a certeza por favor escreva o número de cada comprimido diferente que toma por dia. (se tiver a tomar um comprimido duas vezes por dia, apenas conta como 1)

† Não aplicável