

# MMM22 डेटा कैचर फॉर्म

कृपया ब्लॉक कैपिटल में, काली स्याही में और चेकबॉक्स फ़िल्ड में केवल X डालें X



जांच स्थल	*1a	देश का नाम:	*1b. शहर / नगर / गाँव का नाम:			
	2	साइट आईडी और / या अन्वेषक ईमेल पता:				
	3	आपकी स्क्रीनिंग साइट कहाँ है?	<input type="checkbox"/> अस्पताल / क्लिनिक / फार्मसी <input type="checkbox"/> कार्यस्थल <input type="checkbox"/> सार्वजनिक क्षेत्र (अंदर) <input type="checkbox"/> सार्वजनिक क्षेत्र (बाहर) <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> अन्य			
	*4	माप की तिथि	...../...../.....			
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 कोई भी व्यक्तिगत डेटा रिकॉर्ड न करें जो पेशेन्ट की पहचान करे जैसे नाम, पता						
प्रतिभागी के बारे में	*5	आप कितने साल के हैं? (अज्ञात होने पर अनुमान करें)	साल	<input type="checkbox"/> यदि अनुमान लगाया जाए तो X का चिन्ह लगाएं		
	*6	आपका लिंग क्या है?	<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अन्य			
	7	जातीयता (स्व-घोषित)	<input type="checkbox"/> काला <input type="checkbox"/> गोरा <input type="checkbox"/> दक्षिण एशियाई <input type="checkbox"/> पूर्व / दक्षिण पूर्व एशियाई <input type="checkbox"/> मध्य पूर्व <input type="checkbox"/> मिश्रित <input type="checkbox"/> अन्य			
	8	आपने आखिरी बार अपना रक्तचाप (बी.पी.) कब मापा था?	<input type="checkbox"/> कभी नहीं <input type="checkbox"/> 12 महीने पहले <input type="checkbox"/> पिछले 12 महीनों के भीतर			
	9	क्या अपने कभी एक बार भी MMM में भाग लिया है?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं			
	*10	क्या आपने कभी स्वास्थ्य अधिकारी (गर्भावस्था को छोड़कर) द्वारा उच्च बीपी का निदान किया है? क्या किसी स्वास्थ्य अधिकारी ने आपको कभी बताया की आपको उच्च रक्तचाप (बीपी) है?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं			
	*10a	यदि हां, तो आपको किस उम्र में यह पता चला था ?	Yrs			
	11	वर्तमान में आप अपने बीपी के लिए कितने दवा वर्ग ले रहे हैं?***	<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"/> पता नहीं			
	12	जब आप अपने बीपी का इलाज करवाते हैं तो क्या आप आमतौर पर अपने परामर्श के लिए पैसे देते हैं ?	<input type="checkbox"/> कुछ भुगतान नहीं <input type="checkbox"/> आंशिक भुगतान <input type="checkbox"/> पूरा भुगतान <input type="checkbox"/> निश्चित नहीं है कि आंशिक या पूरी तरह से भुगतान किया			
	13	जब आप अपने बीपी का इलाज करवाते हैं तो क्या आप आमतौर पर अपनी दवाओं के लिए पैसे देते हैं ?	<input type="checkbox"/> कुछ भुगतान नहीं <input type="checkbox"/> आंशिक भुगतान <input type="checkbox"/> पूरा भुगतान <input type="checkbox"/> निश्चित नहीं है कि आंशिक या पूरी तरह से भुगतान किया			
	14	क्या आप नियमित रूप से अपनी बीपी की दवा लेते हैं? यदि नहीं - क्यों? (सभी लागू होने वाले विकल्पों पर सही का चिन्ह लगाएं)	<input type="checkbox"/> मैं लेता हूँ <input type="checkbox"/> बहुत महंगा <input type="checkbox"/> आसानी से उपलब्ध नहीं है <input type="checkbox"/> दुष्प्रभाव <input type="checkbox"/> मैं उन्हें केवल तभी लेता हूँ जब मुझे उनकी आवश्यकता होती है <input type="checkbox"/> वैकल्पिक चिकित्सा को प्राथमिकता देता हूँ <input type="checkbox"/> भूल जाता हूँ			
	15	क्या आप वर्तमान में निम्नलिखित दवाएं ले रहे हैं?	a) स्टैटिन <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> पता नहीं c) वारफारिन / थक्कारोधी (रक्त पतला करने वाला)? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> पता नहीं	b) एस्पिरिन <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> पता नहीं		
	16	यदि महिला, क्या आप गर्भवती हैं?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं			
	17	यदि महिला, क्या आपको इस या पिछली गर्भावस्था में उच्च बीपी था?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं			
	18	यदि महिला, क्या आप सेवन कर रहे है...	a) हार्मोनल गर्भनिरोधक <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	b) हार्मोन रिप्लेसमेंट ट्रीटमेंट <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		
	19	क्या आप तंबाकू का सेवन करते हैं? (चबाने वाले तंबाकू, सिगार, पाइप सहित)	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं - लेकिन अतीत में किया था <input type="checkbox"/> कभी नहीं			
	20	क्या आप शराब का सेवन करते हैं?	<input type="checkbox"/> कभी नहीं / शायद ही कभी <input type="checkbox"/> प्रति माह 1-3 बार <input type="checkbox"/> प्रति सप्ताह 1-6 बार <input type="checkbox"/> रोज			
	21	क्या आपको स्वास्थ्य अधिकारी (गर्भावस्था को छोड़कर) द्वारा मधुमेह होने का पता चला है?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं			
	22	क्या आपने कभी अनुभव किया है या निदान किया गया है ...	a) दिल का दौरा <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं c) हृदय गति का रुकना <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	b) स्ट्रोक <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं d) दिल की अनियमित धड़कन <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		
	23	क्या आप कभी COVID-19 (कोरोनावायरस) टेस्ट में पॉजिटिव थे ? यदि हाँ तो कब ?	<input type="checkbox"/> नहीं हाँ: <input type="checkbox"/> 0-3 महीने पहले <input type="checkbox"/> 3-6 महीने पहले <input type="checkbox"/> 6-9 महीने पहले <input type="checkbox"/> 9-12 महीने पहले <input type="checkbox"/> 12 महीने से अधिक			
	23a	यदि आपने Q23 में हाँ उत्तर दिया है, तो आपके लक्षण कितने समय तक बने रहे?	<input type="checkbox"/> 0-3 महीने पहले <input type="checkbox"/> 3-6 महीने पहले <input type="checkbox"/> 6-9 महीने पहले <input type="checkbox"/> 9-12 महीने पहले <input type="checkbox"/> 12 महीने से अधिक			
	24	क्या आपने COVID-19 टीकाकरण लिया है ?	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ - पहला <input type="checkbox"/> हाँ - पहला और दूसरा <input type="checkbox"/> हाँ - पहला, दूसरा और तीसरा			
	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?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं			
	26	आपके पास कितने साल की शिक्षा है?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-6 साल <input type="checkbox"/> 7-12 साल <input type="checkbox"/> 12 वर्ष से अधिक			
	मापन	27	वजन (अनुमान यदि मापा नहीं गया है)	किलोग्राम (किलो) या पाउंड (एलबीएस)	<input type="checkbox"/> यदि अनुमान लगाया जाए तो X का चिन्ह लगाएं	
		28	आपके जन्म के समय आपका वजन क्या था?	किलोग्राम (किलो) या पाउंड (एलबीएस)	<input type="checkbox"/> पता नहीं	
29		बीपी मशीन के निर्माता का नाम क्या है?	<input type="checkbox"/> OMRON <input type="checkbox"/> अन्य			
*30			सिस्टोलिक रक्तचाप (SBP)	डायास्टोलिक रक्तचाप (DBP)	नाड़ी	क्या नाड़ी नियमित थी?
		1 माप				<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
	दूसरा माप				<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
	तीसरा माप				<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	

यदि आपका देश एट्रियल फ़िब्रिलेशन उप अध्ययन में भाग ले रहा है, तो कृपया नीचे दिए गए प्रश्नों को पूरा करें			
AF	31	क्या वर्तमान मूल्यांकन में एट्रियल फ़िब्रिलेशन का पता चला था?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
	32	क्या आपको पहले कभी किसी स्वास्थ्य अधिकारी द्वारा एट्रियल फ़िब्रिलेशन (AF) होने का पता चला है?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं

मई मापन माह में प्रस्तुत किए जाने के लिए, इन प्रश्नों का उत्तर दिया जाना चाहिए।

**\*\* 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)।**

† N/A- लागू नहीं