

MMM22 问卷



请用黑色墨水在复选框字段中插入大写字母 **X**

筛查地点	*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/...../.....								
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. 请勿记录任何可识别患者身份的个人数据. 例如 姓名, 地址.										
关于参与者	*5	年龄			岁	<input type="checkbox"/> 如果是估算的标记 x				
	*6	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他							
	7	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							
	8	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							
	9	您之前是否至少参加过一次五月血压测量月项目?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
	*10	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							
	*10a	如果是, 您在几岁时被诊断?			岁					
	11	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							
	12	您在降压治疗的过程中是否支付咨询费?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 自费一部分 <input type="checkbox"/> 全部自费 <input type="checkbox"/> 不确定部分自费还是全部自费							
	13	您在降压治疗的过程中是否支付医药费?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 自费一部分 <input type="checkbox"/> 全部自费 <input type="checkbox"/> 不确定部分自费还是全部自费							
	14	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							
	15	您是否服用以下药物?	a) 他汀类药物 <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				
			c) 华法林/口服抗凝剂 (血液稀释剂) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚							
	16	若是女性, 是否怀孕?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
	17	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							
	18	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				
	19	您吸烟吗? (包括咀嚼烟草、雪茄、烟斗)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 戒烟 <input type="checkbox"/> 否							
	20	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							
21	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								
22	您是否曾经经历过或被诊断出患有.....	a) 心脏病发作 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			b) 中风 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
		c) 心衰 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			d) 心律不齐 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
23	您的新冠病毒检测呈阳性吗? 如果有, 是什么时候?	<input type="checkbox"/> 否 是: <input type="checkbox"/> 3 个月内 <input type="checkbox"/> 3-6 月 <input type="checkbox"/> 6-9 月 <input type="checkbox"/> 9-12 月 <input type="checkbox"/> >12 月								
23a	如问题 23 回答“是”, 您的症状持续了多长时间?	<input type="checkbox"/> 3 个月内 <input type="checkbox"/> 3-6 月 <input type="checkbox"/> 6-9 月 <input type="checkbox"/> 9-12 月 <input type="checkbox"/> >12 月								
24	您是否接种过新冠疫苗?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是-第一针 <input type="checkbox"/> 是-第一针和第二针 <input type="checkbox"/> 是-第一、第二和第三针								
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								
量表	27	重量 (未测量时估计)			公斤 (kg) 或 磅 (lbs)	<input type="checkbox"/> 如果是估算的标记 x				
	28	您的出生体重?			公斤 (kg) 或 磅 (lbs)	<input type="checkbox"/> 不清楚				
	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	脉搏	脉搏是否规律?		
第一次测量							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
第二次测量							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	第二次测量						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

如果您所在的国家/地区参与心房颤动研究，请完成以下问题			
AF	31	当前评估中是否检测到心房颤动？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	32	您是否曾被专业医疗机构诊断为心房颤动？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

*必须回答这些问题才能提交 5 月血压测量月问卷。

** South Asian – **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