

FORMULARZ UCZESTNICTWA W BADANIU MMM22

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

*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/...../.....		
Wypełnienie niniejszego formularza stanowi jednocześnie wyrażenie zgody na udostępnianie zebranych danych do celów badawczych. Jeśli na którekolwiek pytanie nie znasz odpowiedzi, pozostaw je puste. Nie zapisuj żadnych danych osobowych, które mogłyby zidentyfikować pacjenta, np. imię i nazwisko, adres				
O UCZESTNIKU	*5	Ile masz lat?	Lat <input type="checkbox"/> Zaznacz X, jeśli informacja jest szacunkowa	
	*6	Z jaką płcią się utożsamiasz?	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> inna	
	7	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	
	8	Kiedy ostatnio miałeś/miałaś mierzone ciśnienie krwi?	<input type="checkbox"/> nigdy <input type="checkbox"/> ponad 12 miesięcy temu <input type="checkbox"/> w przeciągu ostatnich 12 miesięcy	
	9	Czy wcześniej przynajmniej raz brałeś/brateś udział w MMM?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
	*10	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	
	*10a	Jeśli tak, w jakim wieku zastało u Ciebie zdiagnozowane nadciśnienie tętnicze?	Lat	
	11	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	
	12	Czy zazwyczaj płacisz za konsultacje lekarskie, kiedy leczysz nadciśnienie tętnicze?	<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	
	13	Czy zazwyczaj płacisz za leki, kiedy leczysz nadciśnienie tętnicze?	<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	
	14	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	
	15	Czy aktualnie zażywasz poniższe leki?	a) statyny <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> nie wiem c) warfarynę lub inne antykoagulanty (leki rozrzedzające krew) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> nie wiem	b) kwas acetylosalicylowy/aspirynę <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> nie wiem
	16	Jeśli jesteś kobietą, czy jesteś w ciąży?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
	17	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	
	18	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
	19	Czy używasz tytoniu (palenie papierosów, tytoń do żucia, cygara, fajki)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> nie, ale paliłam/em w przeszłości <input type="checkbox"/> nie, nigdy nie paliłam/em	
	20	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	
	21	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	
	22	Czy kiedykolwiek doświadczyłeś lub zdiagnozowano u Ciebie...	a) Zawał serca <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie c) Niewydolność serca <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	b) Udar mózgu <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie d) Zaburzenia rytmu serca <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	23	Jeśli odpowiedziałeś/odpowiedziałaś TAK na pytanie 23, jak długo utrzymywały się twoje objawy?	<input type="checkbox"/> Nie Tak: <input type="checkbox"/> 0-3 miesiące temu <input type="checkbox"/> 3-6 miesięcy temu <input type="checkbox"/> 6-9 miesięcy temu <input type="checkbox"/> 9-12 miesięcy temu <input type="checkbox"/> >12 miesięcy	
23a	Jeśli odpowiedziałeś/odpowiedziałaś TAK na pytanie 23, jak długo utrzymywały się twoje objawy?	<input type="checkbox"/> 0-3 miesiące temu <input type="checkbox"/> 3-6 miesięcy temu <input type="checkbox"/> 6-9 miesięcy temu <input type="checkbox"/> 9-12 miesięcy temu <input type="checkbox"/> >12 miesięcy		
24	Czy otrzymałeś/otrzymałaś szczepienie przeciwko COVID-19?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> tak, 1 dawkę <input type="checkbox"/> tak, dwie dawki <input type="checkbox"/> tak, trzy dawki		
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 uczyłeś/eś?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-6 years <input type="checkbox"/> 7-12 years <input type="checkbox"/> więcej niż 12		

POMIARY	27	Jaka jest Twoja waga?	Kilograms (kg) OR Pounds (lbs)	<input type="checkbox"/> Zaznacz X, jeśli informacja jest szacunkowa
	28	Jaka była Twoja waga urodzeniowa?	Kilograms (kg) OR Pounds (lbs)	<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				
	trzeci pomiar			
Czy w bieżącej ocenie wykryto nieregularny puls?				
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				
JEŚLI TWÓJ KRAJ BĘDZIE UCZESTNICZY W PODBADANIU W ZAKRESIE MIGOTANIA PRZEDSIONKÓW, PROSIMY O ODPOWIEDŹ PYTANIA PONIŻEJ				
AF	31	Czy w bieżącej ocenie wykryto migotanie przedsionków?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
	32	Czy kiedykolwiek pracownik medyczny zdiagnozował u Ciebie migotanie przedsionków?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

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

****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