

MMM23 FORMULAIRE DE SAISIE DE DONNEES

COMPLÉTEZ EN MAJUSCULES, AU STYLO NOIR ET INSÉREZ UNE CROIX DANS LES CASES A COCHER

SCREENING SITE	1a	Nom du Pays:	1b. Nom de la ville/du village:		
	2	ID de site (code pays et numéro de site): ___/___			
	3	Où est situé votre centre de dépistage?	<input type="checkbox"/> Hopital/Clinique/Pharmacie <input type="checkbox"/> Lieu de travail <input type="checkbox"/> Lieu public (intérieur) <input type="checkbox"/> Lieu public (extérieur) <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Autre		
	4	Date de prise de la pression artérielle	...DD.../...MM.../...YY...		
EN COMPLÉTANT CE FORMULAIRE VOUS CONSENTEZ À PARTAGER VOS INFORMATIONS DANS UN BUT DE RECHERCHE ACADÉMIQUE. SI VOUS NE CONNAISSEZ PAS LA RÉPONSE LAISSEZ LA CASE EN BLANC. N'ENREGISTREZ PAS DE DONNÉES PERSONNELLES QUI PERMETTRAIENT D'IDENTIFIER LE PATIENT.					
ABOUT THE PARTICIPANT	5	Quel âge avez-vous en années? (Estimez le si inconnu)	Ans	<input type="checkbox"/> Mettez une croix si estimé	
	6	Quel est votre sexe?	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre		
	7	Ethnicité (autodéclarée)	<input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Sud Asiatique <input type="checkbox"/> Sud-Est Asiatique <input type="checkbox"/> Moyen Orient <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Autre		
	8	Quand avez-vous eu une prise de votre pression artérielle (PA) pour la dernière fois?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Il y a plus de 12 mois <input type="checkbox"/> Dans les 12 derniers mois		
	9	Avez-vous déjà participé à une campagne MMM au moins une fois ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	10	Avez-vous déjà eu un diagnostic de PA élevée établie par un professionnel de santé (hors grossesse)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	10a	Si oui, à quel âge avez-vous été diagnostiqué ?	Ans		
	11	Prenez-vous des médicaments contre la tension artérielle?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	11a	Si vous avez répondu OUI à Q11, combien de types différents de médicaments antihypertenseurs prenez-vous?*	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 + <input type="checkbox"/> Je ne sais pas		
	12	Avez-vous l'habitude de payer vos consultations lorsque vous faites traiter votre pression artérielle ?	<input type="checkbox"/> Rien <input type="checkbox"/> Une partie <input type="checkbox"/> Entièrement <input type="checkbox"/> Pas sur si en partie ou entièrement		
	13	Avez-vous l'habitude de payer vos médicaments lorsque vous soignez votre pression artérielle ?	<input type="checkbox"/> Rien <input type="checkbox"/> Une partie <input type="checkbox"/> Entièrement <input type="checkbox"/> Pas sur si en partie ou entièrement		
	14	Prenez-vous vos médicaments pour votre PA régulièrement? Si non - pourquoi? (Cochez les cases)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Trop cher <input type="checkbox"/> Difficile à obtenir <input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Je les prends <input type="checkbox"/> Je préfère la médecine douce <input type="checkbox"/> J'oublie		
	15	Prenez-vous actuellement les médicaments suivants?	a) Statine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas b) l'aspirine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas c) warfarine/des anticoagulants (anticoagulants) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas		
	16	Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	17	Si vous êtes une femme, avez-vous eu une TA élevée au cours de cette grossesse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Et/ou lors d'une précédente grossesse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	18	Si de sexe féminin, prenez-vous actuellement...	a) Contraception hormonale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	b) Thérapie de remplacement d'hormone (TRH) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	19	Consommez-vous du tabac ? (y compris tabac à chiquer, cigares, pipes)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - mais oui dans le passé <input type="checkbox"/> Jamais		
	20	Vous vapotez?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - mais oui dans le passé <input type="checkbox"/> Jamais		
	21	Consommez-vous de l'alcool?	<input type="checkbox"/> Jamais/rarement <input type="checkbox"/> 1 - 3 fois par mois <input type="checkbox"/> 1 - 6 fois par semaine <input type="checkbox"/> Quotidiennement		
	22	Avez-vous déjà vécu ou été diagnostiqué comme ayant...	a)) Attaque cardiaque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non c) Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non e) Diabète <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non b) Accident vasculaire cerebral <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non d) Rythme cardiaque irrégulier <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non f) Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	23	Avez-vous eu un test positif pour COVID-19? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, depuis combien de temps ? <input type="checkbox"/> 0-3 mois <input type="checkbox"/> 3-6 mois <input type="checkbox"/> 6-9 mois <input type="checkbox"/> 9-12 mois <input type="checkbox"/> ≥ 12 mois		
	23a	Si vous avez répondu OUI à Q23, avez-vous toujours des symptômes de la COVID-19 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	24	Pratiquez-vous au moins 150 mns d'exercice modéré (marche rapide) ou 75 mns d'exercice vigoureux par semaine?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
25	Quel type de régime mangez-vous?	<input type="checkbox"/> Omnivore*** <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Pescétarien (poisson mais pas d'autre viande) <input type="checkbox"/> Végétalien (pas de viande, de poisson ou de produits d'origine animale)			
26	Combien d'années de formation avez-vous reçues?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-6 ans <input type="checkbox"/> 7-12 ans <input type="checkbox"/> Plus de 12 ans			
MENSURATIONS	27	Poids (estimé si non mesuré)	Kilograms (kg) OR Livres (lbs)	<input type="checkbox"/> Mettre une croix si estimé	
	28	Hauteur	Mètres (m) OR Pieds/pouces	<input type="checkbox"/> Mettre une croix si estimé	
	29	Quel était votre poids à la naissance ?	Kilograms (kg) OR Livres (lbs)	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
	30	Quelle est la marque de votre tensiometre utilisée pour mesurer votre PA?	<input type="checkbox"/> OMRON <input type="checkbox"/> Autre		
	31		Pression Arterielle Systolique (PAS)	Pression Arterielle Diastolique (PAD)	Pouls
	1 ère mesure				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2 ème mesure				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	3 ème mesure				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

** Sud Asiatiques - originaires de: Inde, Pakistan, Bangladesh, Népal, Bhutan, Maldives et Sri Lanka. Est et Sud-Est Asiatiques - Originaires des pays à l'est du sous- continent Indien. ***Cela signifie combien de classes medicamenteuses sont pris, par ex. inhibiteurs de l'IEC, ARA II, diurétiques, beta-blockers, inhibiteurs calciques, alpha-bloqueurs, autres. Si vous n'etes pas sur mettez le nombre de differents comprimés que vous prenez chaque jour. (Si vous prenez 1 comprimé 2 fois par jour, cela compte comme 1).

*** Une personne qui mange une variété d'aliments d'origine végétale et animale