

بيانات موقع المسح			
*1a	اسم الدولة	*1 b	المدينة/المنطقة/القرية
2	هوية الموقع (رمز الدولة / رقم الموقع)	(/)	
3	أين تمت عملية المسح؟	<input type="checkbox"/> منطقة عامة مغلقة <input type="checkbox"/> مستشفى/عيادة/صيدلية <input type="checkbox"/> مقر العمل <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> مكان آخر <input type="checkbox"/> ال منزل <input type="checkbox"/> منطقة عامة مفتوحة	
*4	تاريخ أخذ قياس ضغط الدم/...../.....	
بيانات المشارك:			
بتعبئتك هذه الاستمارة فأنت توافق على مشاركة بياناتك لأغراض بحثية أكاديمية أي سؤال لا تعرف إجابته أتركه فارغا دون الإجابة عليه			
*5	كم عمرك بالسنوات؟ الرجاء التقدير في حال عدم المعرفة	سنوات	إن كان عمرك تقديريا ضع علامة <input type="checkbox"/>
*6	ما هو جنسك؟	ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>	
*7	العرق أو الأصل باعترافك الشخصي	أسود <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> جنوب آسيوي <input type="checkbox"/> شرق أو جنوب شرق آسيوي <input type="checkbox"/> الشرق الأوسط <input type="checkbox"/> خليط <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>	
8	متى آخر مرة قمت فيها بقياس ضغط دمك؟	لم أقم أبدا بذلك <input type="checkbox"/> منذ أكثر من 12 شهرا <input type="checkbox"/> خلال آخر 12 شهرا <input type="checkbox"/>	
*9	هل تم تشخيصك مسبقا بمرض ارتفاع ضغط الدم؟ ما عدا فترة (الحمل)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
*10	هل تتناول أي دواء لضغط الدم؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
*10a	إذا اجبت على السؤال 10 بنعم/ كم عدد الأنواع المختلفة من أدوية ضغط الدم التي تتناولها؟ ***	لا أعرف <input type="checkbox"/> 5 أو أكثر <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	
11	حاليا ، هل تتناول هذه الأدوية؟	(a) ستاتين دواء خفض الكوليسترول (b) الأسبرين مسيل للدم (c) الوارفارين مميعات الدم لا أعرف <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
*12	إن كنت أنثى، هل أنت حامل؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
13	هل تستخدم التبغ؟ بما في ذلك مضغ التبغ والسيجار والغليون	نعم <input type="checkbox"/> لا ولكن سابقا نعم <input type="checkbox"/> لا أبدا <input type="checkbox"/>	
14	هل تدخن السجائر الإلكترونية؟	نعم <input type="checkbox"/> لا ولكن سابقا نعم <input type="checkbox"/> لا أبدا <input type="checkbox"/>	
15	هل تشرب الكحوليات؟	أبدا/نادرا <input type="checkbox"/> مرة إلى 3 مرات شهريا <input type="checkbox"/> مرة إلى 6 مرات شهريا <input type="checkbox"/> يوميا <input type="checkbox"/>	
*16	هل أصيبت سابقا بـ	(a) جلطة قلبية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (b) جلطة دماغية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (c) فشل عضلة القلب <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (d) عدم انتظام ضربات القلب <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (e) داء السكري <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (f) الفشل الكلوي <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
17	هل لديك أحد الوالدين أو الأشقاء مصاب بداء السكري؟	لا أعرف <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
18	هل تقوم بتمارين متوسطة المستوى كالمشي السريع لمدة 150 دقيقة أو بتمارين قوية كالجري مدة عن 75 دقيقة أسبوعيا؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
19	ما نوع النظام الغذائي الذي تتناوله؟	أكلة اللحوم **** <input type="checkbox"/> نباتي <input type="checkbox"/> سمك ولكن بدون لحوم أخرى <input type="checkbox"/> نباتي بدون لحوم أو أسماك أو منتجات حيوانية <input type="checkbox"/>	
20	ما مجموع السنوات الدراسية التي قضيتها في حياتك؟	أكثر من 12 سنة <input type="checkbox"/> إلى 12 سنة <input type="checkbox"/> 7 سنة <input type="checkbox"/> سنة إلى 6 سنوات <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	
21	الوزن/ قدر الوزن إذا لم يوجد مقياس	ضع علامة X في حال أن الوزن كان تقديريا <input type="checkbox"/>	كجم
*22	ارتفاع	ضع علامة X في حال أن الارتفاع كان تقديريا <input type="checkbox"/>	متر
23	ما هو حجم خصرك؟	ضع علامة X في حال أن الخصر كان تقديريا <input type="checkbox"/>	سنتيمتر
24	ما هي الشركة المصنعة لجهاز قياس ضغط الدم المستخدم؟	أومرون <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>	
*25	القياس الأول	الضغط الانقباضي	النبض
	القياس الثاني		
	القياس الثالث		

* هذه الأسئلة يجب الإجابة عليها بالترتيب من أجل ادخالها في قاعدة بيانات حملة قياس ضغط الدم لشهر مايو

شرق أو جنوب شرق آسيوي - من هم أصولهم من أي دولة تقع في شرق شبه القارة الهندية. جنوب آسيوي - من هم أصولهم من الهند أو باكستان أو بنغلاديش أو النيبال أو بوتان أو المالديف أو سريلانكا

هذا يعني عدد أنواع الأدوية التي يتناولها المريض، وفي حالة عدم معرفة الأنواع فضلا أدخل عدد الحبوب المختلفة التي يتناولها المريض في كل يوم. (مثال) إن كان يأخذ حبة واحدة مرتين يوميا، فهذا يعني *** أنه يتناول نوعا واحدا

**** الشخص الذي يأكل مجموعة متنوعة من المواد الغذائية من أصل نباتي وحيواني