

MMM24 FORMULAIRE DE SAISIE DE DONNEES

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

SITE DE DÉPISTAGE		1a*	Nom du Pays:	1b.* Nom de la ville/du village:			
		2*	ID du site (code pays et numéro du 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.							
À PROPOS DU 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 eu un diagnostic de PA élevée établie par un professionnel de santé (hors grossesse)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
		10*	Prenez-vous des médicaments contre la tension artérielle?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
		10a*	Si vous avez répondu OUI à Q10, 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			
		11	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			
		12*	Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
		13	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			
		14	Vous vapotez?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - mais oui dans le passé <input type="checkbox"/> Jamais			
		15	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			
		16*	Avez-vous déjà vécu ou été diagnostiqué comme ayant...	a)) Attaque cardiaque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> b) Accident vasculaire cérébral <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non c) Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> d) Rythme cardiaque irrégulier <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non e) Diabète <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> f) Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
		17	Avez-vous un parent ou un frère ou une sœur atteint de diabète?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas			
		18	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			
		19	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)			
		20	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		21*	Poids (estimé si non mesuré)	Kilograms (kg) OR Livres (lbs)	<input type="checkbox"/> Mettre une croix si estimé
				22*	Hauteur	Mètres (m) OR Pieds/pouces	<input type="checkbox"/> Mettre une croix si estimé
23	Quel est votre tour de taille?			Centimètres (cm) OR Pouces	<input type="checkbox"/> Mettre une croix si estimé		
24	Quelle est la marque de votre tensiometre utilisée pour mesurer votre PA?			<input type="checkbox"/> OMRON <input type="checkbox"/> Autre			
25*				Pression Arterielle Systolique (PAS)	Pression Arterielle Diastolique (PAD)	Pouls	
	1 ère mesure						
	2 ème mesure						
	3 ème mesure						

* Il s'agit d'une question obligatoire. Veuillez vous assurer que toutes les questions obligatoires sont répondues.

** 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 médicamenteuses sont pris, par ex. inhibiteurs de l'IEC, ARA II, diurétiques, beta-blockers, inhibiteurs calciques, alpha-bloqueurs, autres. Si vous n'êtes pas sûr mettez le nombre de différents 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