

MMM24 FORMULÁRIO DE RECOLHA DE DADOS

POR FAVOR PREENCHA EM LETRAS MAIÚSCULAS, EM TINTA PRETA E APENAS INSIRA X ONDE APROPRIADO NOS CAMPOS DA CAIXA DE SELEÇÃO

INFORMAÇÃO SITE DE TRIAGEM		1a*	Nome do país:	1b.* Nome da Cidade/Vila/aldeia:			
		2*	ID do site (código do país e número do site): ___/___				
		3	Onde esta localizado o seu site de triagem?	<input type="checkbox"/> Hospital/Clínica <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Local público (interior) <input type="checkbox"/> Local público (exterior) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Local de trabalho			
		4*	Data de medição	...DD.../...MM.../...YY...			
AO COMPLETAR ESTE FORMULÁRIO ESTÁ A CONSENTIR EM PARTILHAR AS SUAS INFORMAÇÕES PARA FINS DE INVESTIGAÇÃO ACADÉMICA. POR FAVOR DEIXE A RESPOSTA EM BRANCO SE NÃO SOUBER. NÃO É PERMITIDO REGISTRAR DADOS PESSOAIS QUE POSSAM IDENTIFICAR O PARTICIPANTE EXEMPLO: NOME, MORADA.							
SOBRE O PARTICIPANTE		5*	Quantos anos tem? (estimativa se não souber)	Anos		<input type="checkbox"/> Marque com um X se for estimativa	
		6*	Qual o seu sexo?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro			
		7*	Etnicidade** (auto-declarada)	<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Asiático do Sul <input type="checkbox"/> Asiático do Este/Sudeste <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Outra			
		8*	Quando foi a última vez que mediu a sua tensão arterial (PA)?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Há mais de 12 meses <input type="checkbox"/> Nos últimos 12 meses			
		9*	Já alguma vez foi diagnosticado com tensão arterial alta por um profissional de saúde (excluindo durante a gravidez)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
		10*	Você está tomando algum medicamento para BP?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
		10a*	Se você respondeu SIM para Q10, quantos tipos diferentes de medicamentos para hipertensão você está tomando?***	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+ <input type="checkbox"/> Não sabe			
		11	Está a tomar os seguintes medicamentos?	a) Estatina <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe b) Aspirina <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe c) Varfarina/anticoagulante (afinadores de sangue) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe			
		12*	Se for do sexo feminino, está grávida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
		13	Consome tabaco? (incluindo tabaco de mastigar, charutos, cachimbos)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não atualmente - mas consumi no passado <input type="checkbox"/> Nunca			
		14	Você vape (cigarros eletrônicos)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não atualmente - mas consumi no passado <input type="checkbox"/> Nunca			
		15	Consome álcool?	<input type="checkbox"/> Never/rarely <input type="checkbox"/> 1-3 times per month <input type="checkbox"/> 1-6 times per week <input type="checkbox"/> Daily			
		16*	Você já experimentou ou foi diagnosticado como tendo...	a) Ataque cardíaco <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe b) Acidente Vascular Cerebral <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não c) Insuficiência cardíaca <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe d) Batimento cardíaco irregular <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não e) Diabetes <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe f) Insuficiência renal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
		17	Tem um pai ou irmão com diabetes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe			
18	Costuma praticar pelo menos 150 minutos de exercício moderado (caminhada rápida) ou 75 minutos de exercício mais vigoroso por semana?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
19	Que tipo de dieta você come?	<input type="checkbox"/> Onívoro**** <input type="checkbox"/> Vegetariano <input type="checkbox"/> Pescetarian (peixe mas nenhuma outra carne) <input type="checkbox"/> Vegan (sem carne peixe ou produtos de origem animal)					
20	Quantos anos de educação formal tem?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-6 anos <input type="checkbox"/> 7-12 anos <input type="checkbox"/> Mais de 12 anos					
MEDIÇÕES		21*	Qual é o seu peso (Estimativa se não for medida)	Kilograms (kg)	OR	Libras (lbs)	<input type="checkbox"/> Marque com um X se for estimativa
		22*	Altura	Metros (m)	OR	Pés/polegadas	<input type="checkbox"/> Marque com um X se for estimativa
		23	Qual é o tamanho da sua cintura?	centímetros (cm)	OR	Polegadas	<input type="checkbox"/> Marque com um X se for estimativa
		24	Qual é a marca da companhia da máquina medidora de tensão arterial que está a usar?	<input type="checkbox"/> OMRON <input type="checkbox"/> Outros			
		25*		Pressão arterial sistólica (PAS)		Pressão arterial diastólica * (PAD)	
	Primeira medição						
	Segunda medição						
	Terceira medição						

* Estas perguntas têm de ser respondidas para O 'May Measurement Month' (Mês de Medição de Maio) poder ser submetido

**Asiático do Sul - com origens na: Índia, Paquistão, Bangladesh, Nepal, Butão, Ilhas Maldivas e Sri Lanka. Asiático do Este e Sudeste - Com origens em qualquer País do sub-continente Indiano

***Significa quantos tipos diferentes de medicamentos estão a ser tomados. Por exemplo - inibidores da conversão da enzima da angiotensina, bloqueadores dos receptores da angiotensina, diuréticos, beta-bloqueadores, bloqueadores do canal de cálcio, bloqueadores alfa adrenérgicos, outros. Se não tiver a certeza por favor escreva o número de cada comprimido diferente que toma por dia. (se tiver a tomar um comprimido duas vezes por dia, apenas conta como 1).

**** Uma pessoa que come uma variedade de alimentos de origem vegetal e animal.