

MMM26 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 age 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	À quelle fréquence consommez-vous des boissons à forte teneur en caféine ? (ex. : café, boissons énergisantes comme Red Bull, Redline)		<input type="checkbox"/> Jamais ou <4 fois par mois <input type="checkbox"/> 1 à 6 fois par semaine <input type="checkbox"/> 1 à 3 fois par jour <input type="checkbox"/> 4 fois ou plus par jour
	17*	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 cérébral <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
	18	Un de vos parents, frère ou sœur a-t-il reçu un diagnostic de...	a) Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas b) Diabète <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
	19	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
	20	Saviez-vous que le sel riche en potassium (ou à teneur réduite/faible en sodium) peut faire baisser la pression artérielle ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	21	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
	22	Utilisez-vous un tensiomètre à domicile ?		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un brassard pour le haut du bras <input type="checkbox"/> Oui, un brassard pour le poignet
	22a	Si OUI à la Q22, à quelle fréquence utilisez-vous ce tensiomètre ?		<input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/> 1 à 3 fois par mois <input type="checkbox"/> 1 à 6 fois par semaine <input type="checkbox"/> 1 fois ou plus par jour
MENSURATIONS	23*	Poids (estimé si non mesuré)	Kilograms (kg) OR Livres (lbs)	<input type="checkbox"/> Mettre une croix si estimé
	24*	Hauteur	Mètres (m) OR Pieds/pouces	<input type="checkbox"/> Mettre une croix si estimé
	25	Quel est votre tour de taille?	Centimètres (cm) OR Pouces	<input type="checkbox"/> Mettre une croix si estimé
	26	Quelle est la marque de votre tensiometre utilisée pour mesurer votre PA?		<input type="checkbox"/> OMRON <input type="checkbox"/> Autre
	27*		Pression Arterielle Systolique (PAS)	Pression Arterielle Diastolique (PAD)
	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 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).