

ΦΟΡΜΑ ΛΗΨΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ MMM26



ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ	1a*	Όνομα Χώρας:	1b.* Όνομα Πόλης/Πόλης/Χωριού:		
	2*	Αναγνωριστικό τοποθεσίας (κωδικός χώρας και αριθμός τοποθεσίας): ____ / ____			
	3	Πού βρίσκεται ο τόπος διαλογής σας;	<input type="checkbox"/> Νοσοκομείο/Κλινική <input type="checkbox"/> Φαρμακείο <input type="checkbox"/> Δημόσιος χώρος (σε εσωτερικούς χώρους) <input type="checkbox"/> Δημόσιος χώρος (σε εξωτερικούς χώρους) <input type="checkbox"/> Σπίτι <input type="checkbox"/> Χώρος εργασίας		
	4*	Ημερομηνία μέτρησης	...DD.../...MM.../...YY...		
ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΣ ΑΥΤΗΝ ΤΗ ΦΟΡΜΑ, ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ ΝΑ ΜΟΙΡΑΣΤΕΙΤΕ ΤΙΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΑΣ ΓΙΑ ΣΚΟΠΟΥΣ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ. ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ. ΑΝ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ, ΑΦΗΣΤΕ ΤΗΝ ΚΕΝΗ. ΜΗΝ ΠΑΡΕΧΕΤΕ ΟΠΟΙΔΗΠΟΤΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΟΠΩΣ ΟΝΟΜΑ, ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Ή ΤΗΛΕΦΩΝΟ					
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ	5*	Πόσο χρονών είσαι σε χρόνια; (Εκτίμηση αν είναι άγνωστο)	Έτη	<input type="checkbox"/> Σημειώστε με X αν εκτιμάται	
	6*	Ποιο είναι το φύλο σου;	<input type="checkbox"/> Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα <input type="checkbox"/> Άλλο		
	7*	Εθνότητα (αυτοδηλώνεται)	<input type="checkbox"/> Έγχρωμος <input type="checkbox"/> Λευκός <input type="checkbox"/> Νότιος Ασιάτης <input type="checkbox"/> Ανατολική/Νότιοανατολική Ασία <input type="checkbox"/> Μέση Ανατολή <input type="checkbox"/> Μικτή <input type="checkbox"/> Άλλο		
	8*	Πότε μετρήσατε τελευταία φορά την αρτηριακή σας πίεση (ΑΠ);	<input type="checkbox"/> Ποτέ <input type="checkbox"/> Πάνω από 12 μήνες πριν <input type="checkbox"/> Μέσα στους τελευταίους 12 μήνες		
	9*	Έχετε ποτέ διαγνωστεί με υψηλή ΑΠ από επαγγελματία υγείας (εκτός από την εγκυμοσύνη);	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι		
	10*	Παίρνετε κάποιο φάρμακο για την αρτηριακή πίεση;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι		
	10a*	Εάν απαντήσατε ΝΑΙ στην Ε10, πόσους διαφορετικούς τύπους φαρμάκων για την αρτηριακή πίεση παίρνετε;***	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+ <input type="checkbox"/> Δεν ξέρω		
	11	Παίρνετε αυτήν τη στιγμή τα ακόλουθα φάρμακα;	a) Στατίνη <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν ξέρω b) Ασπιρίνη <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν ξέρω c) Βαρφαρίνη/από του στόματος αντιπηκτικό (αντιπηκτικά) <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν ξέρω		
	12*	Αν είσαι γυναίκα, είσαι έγκυος;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι		
	13	Κάνετε χρήση καπνού; (συμπεριλαμβανομένου καπνού για μάσημα, τσιγάρων, πούρων κτλ.)	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι - αλλά το έκανα στο παρελθόν <input type="checkbox"/> Ποτέ		
	14	Χρησιμοποιείτε ηλεκτρονικά τσιγάρα;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι - αλλά το έκανα στο παρελθόν <input type="checkbox"/> Ποτέ		
	15	Καταναλώνετε αλκοόλ;	<input type="checkbox"/> Ποτέ/σπάνια <input type="checkbox"/> 1-3 φορές το μήνα <input type="checkbox"/> 1-6 φορές την εβδομάδα <input type="checkbox"/> Καθημερινά		
	16	Πόσο συχνά πίνετε ροφήματα με υψηλή περιεκτικότητα σε καφεΐνη; (π.χ. καφές, ενεργειακά ποτά π.χ. Red Bull, Redline)	<input type="checkbox"/> Ποτέ ή <4 το μήνα <input type="checkbox"/> 1-6 φορές την εβδομάδα <input type="checkbox"/> 1-3 φορές την ημέρα <input type="checkbox"/> 4+ την ημέρα		
	17*	Έχετε βιώσει ή διαγνωστεί με...	a) Καρδιακή προσβολή <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν ξέρω b) Εγκεφαλικό επεισόδιο <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι c) Καρδιακή ανεπάρκεια <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν ξέρω d) Ακανόνιστο καρδιακό παλμό <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι e) Διαβήτη <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν ξέρω f) Νεφρική ανεπάρκεια <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι		
	18	Έχετε γονέα, αδελφό ή αδελφή που έχει διαγνωστεί με...	a) Υψηλή αρτηριακή πίεση <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν ξέρω b) Διαβήτη <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν ξέρω		
	19	Συμμετέχετε σε τουλάχιστον 150 λεπτά μέτριας άσκησης (γρήγορο περπάτημα) ή 75 λεπτά πιο έντονης άσκησης την εβδομάδα;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι		
	20	Γνωρίζατε ότι το πλούσιο σε κάλιο (ή μειωμένο/χαμηλό νάτριο) αλάτι μπορεί να μειώσει την ΑΠ;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι		
	21	Πόσα χρόνια εκπαίδευσης έχετε;	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-6 χρονών <input type="checkbox"/> 7-12 ετών <input type="checkbox"/> Πάνω από 12 χρόνια		
	22	Χρησιμοποιείτε πιεσόμετρο στο σπίτι;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι, πιεσόμετρο με περιχειρίδα βραχίονα <input type="checkbox"/> Ναι, πιεσόμετρο με περιχειρίδα καρπού		
22a	Εάν ΝΑΙ στο Q22, πόσο συχνά χρησιμοποιείτε αυτήν το πιεσόμετρο;	<input type="checkbox"/> <1 το μήνα <input type="checkbox"/> 1-3 φορές το μήνα <input type="checkbox"/> 1-6 φορές την εβδομάδα <input type="checkbox"/> ≥ 1+ την εβδομάδα			
ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	23*	Βάρος (εκτίμηση αν δεν μετρηθεί)	κιλά (kg) OR λίρες (λίβρες)	<input type="checkbox"/> Σημειώστε με X αν εκτιμάται	
	24*	Υψος	έτρα (m) OR πόδια/ίντσες	<input type="checkbox"/> Σημειώστε με X αν εκτιμάται	
	25	Ποιο είναι το μέγεθος της μέσης σας;	εκατοστά (cm) OR ίντσες	<input type="checkbox"/> Σημειώστε με X αν εκτιμάται	
	26	Ποιος είναι ο κατασκευαστής του πιεσόμετρου που χρησιμοποιήθηκε;	<input type="checkbox"/> OMPON <input type="checkbox"/> Άλλος		
	27*		Συστολική αρτηριακή πίεση (SBP)	Διαστολική αρτηριακή πίεση (DBP)	Καρδιακός παλμός
	1η μέτρηση				
	2η μέτρηση				
	3η μέτρηση				

* Αυτή είναι μια υποχρεωτική ερώτηση. Βεβαιωθείτε ότι απαντώνται όλες οι υποχρεωτικές ερωτήσεις

****Νότια Ασία** – με καταγωγή από: Ινδία, Πακιστάν, Μπαγκλαντές, Νεπάλ, Μπουτάν, Μαλδίβες και Σρι Λάνκα. **Ανατολική και Νοτιοανατολική Ασία** – Με καταγωγή από οποιαδήποτε χώρες ανατολικά της ινδικής υποηπείρου.

***Αυτό σημαίνει πόσα είδη φαρμάκων λαμβάνονται, π.χ. – ACE-inhibitors, ARBs, διουρητικά, β-αναστολείς, αναστολείς διαύλων ασβεστίου, άλφα-αναστολείς, άλλα. Εάν δεν είστε σίγουροι, εισαγάγετε τον αριθμό των διαφορετικών ταμπλετών κάθε μέρα. (Εάν παίρνετε 1 δισκίο δύο φορές την ημέρα, αυτό μετράει ως 1).