

MMM25 FORMULAIRE DE SAISIE DE DONNEES

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

SCREENING SITE	1a*	Pays:		1b*. Nom de la ville/du village:		
	2*	ID de site (code pays et numéro de site): ___ / ___				
	3	Lieu de l'action de dépistage?	☐ Hopital/Clinique/Pharmacie ☐ Autre lieu de travail ☐ Lieu public (intérieur) ☐ Lieu public (extérieur) ☐ Domicile ☐ Autre			
	4*	Date de la prise de la pression artérielle lors de l'action de dépistage		...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.						
ABOUT THE PARTICIPANT	5*	Quel age avez-vous en années? (Estimez le si inconnu)		Ans	☐ Mettez une croix si le chiffre est estimé	
	6*	Quel est votre sexe?		☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre		
	7*	Ethnicité** (autodéclarée)	☐ Noir ☐ Blanc ☐ Sud Asiatique ☐ Sud-Est Asiatique ☐ Moyen Orient ☐ Mixte ☐ Autre			
	8*	Quand avez-vous eu une prise de votre pression artérielle (PA) pour la dernière fois?		☐ Jamais ☐ Il y a plus de 12 mois ☐ Dans les 12 derniers mois		
	9*	Un professionnel de santé vous a-t-il déjà diagnostiqué une Hypertension artérielle (sauf en cas de grossesse) ?		☐ Oui ☐ Non		
	10*	Prenez-vous des médicaments contre la tension artérielle?		☐ Oui ☐ Non		
	10a*	Si vous avez répondu OUI à la Q10, combien de types différents de médicaments antihypertenseurs prenez-vous?***		☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 + ☐ Je ne sais pas		
	11	Prenez-vous actuellement les médicaments suivants?	a) Statine ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas b) l'aspirine ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas c) warfarine/des anticoagulants (anticoagulants) ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas			
	12*	Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte?		☐ Oui ☐ Non		
	13	Consommez-vous du tabac ? (y compris tabac à chiquer, cigares, pipes)		☐ Oui ☐ Non - mais oui dans le passé ☐ Jamais		
	14	Vous vapotez?		☐ Oui ☐ Non - mais oui dans le passé ☐ Jamais		
	15	Consommez-vous de l'alcool?	☐ Jamais/rarement ☐ 1 - 3 fois par mois ☐ 1 - 6 fois par semaine ☐ Quotidiennement			
	16	A quelle fréquence consommez-vous des boissons à forte teneur en caféine ? (café, boissons énergisantes par exemple Red Bull, Redline)	☐ Jamais ou <4 par mois ☐ 1 - 6 fois par semaine ☐ 1 - 3 fois par jour ☐ 4+ par jour			
	17*	Avez-vous déjà vécu ou été diagnostiqué comme ayant...	a)) Crise cardiaque ☐ Oui ☐ Non c) Insuffisance cardiaque ☐ Oui ☐ Non e) Diabète ☐ Oui ☐ Non		b) Accident vasculaire cérébral ☐ Oui ☐ Non d) Rythme cardiaque irrégulier ☐ Oui ☐ Non f) Insuffisance rénale ☐ Oui ☐ Non	
	18	Avez-vous un parent ou un frère ou une sœur qui souffre d'hypertension artérielle ?		☐ Oui ☐ Non		
	19	Avez-vous un parent ou un frère ou une sœur atteint de diabète ?		☐ Oui ☐ Non		
	20	Pratiquez-vous au moins 150 mns d'exercice modéré (marche rapide) ou 75 mns d'exercice vigoureux par semaine?		☐ Oui ☐ Non		
	21	Saviez-vous que le sel riche en potassium (ou à teneur réduite en sodium) peut faire baisser la pression artérielle ?		☐ Oui ☐ Non		
	22	Combien d'années de formation avez-vous reçues?		☐ 0 ☐ 1-6 ans ☐ 7-12 ans ☐ Plus de 12 ans		
	23	Utilisez-vous un tensiomètre à brassard au poignet ou au bras à la maison ?		☐ Oui ☐ Non		
	23a	Si vous avez répondu OUI à la question 23, à quelle fréquence utilisez-vous ce tensiomètre ?		☐ <1 par mois ☐ 1 - 3 fois par mois ☐ 1 - 6 fois par semaine ☐ ≥ 1+ par semaine		
	MENSURATIONS	24*	Poids (estimé si non mesuré)	Kilograms (kg) OR Livres (lbs)	☐ Mettre une croix si estimé	
25*		Taille	Mètres (m) OR Pieds/pouces	☐ Mettre une croix si estimé		
26		Quel est votre tour de taille ? Pieds/pouces	Centimètres (cm) OR	☐ Je ne sais pas		
27		Quelle est la marque de votre tensiometre utilisée pour mesurer votre pression artérielle?		☐ OMRON ☐ Autre		
28*			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 vous avez répondu à toutes les questions obligatoires.

**Asie du Sud - origines : Inde, Pakistan, Bangladesh, Népal, Bhoutan, Maldives et Sri Lanka. Asie de l'Est et du Sud-Est - Originaires de tous les pays situés à l'est du sous-continent indien.

***Il s'agit du nombre de types de médicaments pris, par exemple : inhibiteurs de l'ECA, ARA, diurétiques, bêta-bloquants, inhibiteurs des canaux calciques, alpha-bloquants, autres. Si vous n'êtes pas sûr, veuillez indiquer le nombre de comprimés différents pris chaque jour. (Si vous prenez 1 comprimé deux fois par jour, cela compte pour 1).