

QUESTIONARIO DELLA GIORNATA MONDIALE DELL'IPERTENSIONE ARTERIOSA (pag 1/2)



COMPLETARE IN STAMPATO MAIUSCOLO, USARE INCHIOSTO NERO, SELEZIONARE CON X LA RISPOSTA

LUOGO DI	*1a	Nome dello Stato:				*1b. Nome della Città/Provincia:				
	2	Segnare ID e/o mail del ricercatore:								
	3	In che luogo avviene lo screening?	<input type="checkbox"/> Ospedale/Ambulatorio/Farmacia <input type="checkbox"/> Luogo di lavoro <input type="checkbox"/> Area pubblica (al chiuso) <input type="checkbox"/> Area pubblica (all'aperto) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Altro							
	*4	Data della misurazione/...../.....							
COMPLETANDO IL QUESTIONARIO ACCONSENTO A CONDIVIDERE LE INFORMAZIONI PER SCOPI DI RICERCA SCIENTIFICA SE NON SI CONOSCE LA RISPOSTA LASCIARE IN BIANCO. NON REGISTRARE ALCUN DATO PERSONALE CHE POSSA IDENTIFICARE IL PAZIENTE (ES. NOME, INDIRIZZO)										
RIGUARDO AL PARTECIPANTE	*5	Quanti anni hai? (fare una stima se non nota)	anni		<input type="checkbox"/> Segnare con x se stimata					
	*6	Di che sesso sei?	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Altro							
	7	Etnia ** (auto-dichiarazione)	<input type="checkbox"/> Nera <input type="checkbox"/> Bianca <input type="checkbox"/> Sud-asiatica <input type="checkbox"/> Est/Sud-Est asiatica <input type="checkbox"/> Medio-orientali <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Altro							
	8	Quando hai misurato la pressione arteriosa (PA) l'ultima volta?	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Più di 12 mesi fa <input type="checkbox"/> Negli ultimi 12 mesi							
	9	Hai mai partecipato alla giornata mondiale dell'ipertensione?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No							
	*10	Hai mai avuto una diagnosi di valori pressori elevati da parte di un professionista sanitario (gravidanza esclusa)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No							
	*10a	Se sì, a che età ti è stata riscontrata?	anni							
	11	Quanti farmaci assunti per la pressione arteriosa?***	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+ <input type="checkbox"/> Non so							
	12	Sei solito pagare per le visite per ipertensione arteriosa?	<input type="checkbox"/> Non pago <input type="checkbox"/> Pago una quota <input type="checkbox"/> Pago interamente <input type="checkbox"/> Non so se pago interamente o una quota							
	13	Sei solito pagare i farmaci per ipertensione arteriosa?	<input type="checkbox"/> Non pago <input type="checkbox"/> Pago una quota <input type="checkbox"/> Pago interamente <input type="checkbox"/> Non so se pago interamente o una quota							
	14	Prendi regolarmente la terapia anti-ipertensiva? Se no perché? (possibile più di una opzione)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Troppo costosa <input type="checkbox"/> Non facilmente disponibile <input type="checkbox"/> Effetti collaterali <input type="checkbox"/> La prendo solo quando serve <input type="checkbox"/> Preferisco farmaci alternativi <input type="checkbox"/> Mi dimentico							
	15	Stai prendendo attualmente qualcuno dei seguenti farmaci?	a) Statina <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so c) Warfarina / anticoagulanti orali <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so			b) Aspirina <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so				
	16	Se femmina, sei gravida?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No							
	17	Se femmina, hai mai avuto un rialzo di valori pressori durante questa o precedenti gravidanze?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No							
	18	Se femmina, stai assumendo ...	a) Contraccettivi orali <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			b) Terapia ormonale sostitutiva? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No				
	19	Fumi? (incluso tabacco da masticare, sigari e pipa)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No- ma ho fumato in passato <input type="checkbox"/> Mai							
	20	Assumi alcool?	<input type="checkbox"/> Mai/raramente <input type="checkbox"/> 1-3 volte al mese <input type="checkbox"/> 1-6 volte alla settimana <input type="checkbox"/> Quotidianamente							
	21	Hai mai ricevuto diagnosi di diabete da parte di un professionista sanitario (gravidanza esclusa)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No							
	22	Hai mai sofferto di / o ti è stato diagnosticato...	a) Attacco cardiaco <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No c) Scompenso cardiaco <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			b) Ictus <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No d) Irregolarità del battito cardiaco <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No				
	23	Hai mai avuto positività al test COVID, quando?	<input type="checkbox"/> No Sì: <input type="checkbox"/> 0-3 mesi fa <input type="checkbox"/> 3-6 mesi fa <input type="checkbox"/> 6-9 mesi fa <input type="checkbox"/> 9-12 mesi fa <input type="checkbox"/> >12 mesi fa							
	23a	Se hai risposto sì alla domanda 23 quanto è durata la sintomatologia?	<input type="checkbox"/> 0-3 mesi <input type="checkbox"/> 3-6 mesi <input type="checkbox"/> 6-9 mesi <input type="checkbox"/> 9-12 mesi <input type="checkbox"/> >12 mesi							
	24	Sei stato vaccinato per il COVID?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì 1 dose <input type="checkbox"/> Sì 1 e 2 dose <input type="checkbox"/> Sì 1-2-3 dose							
	25	Pratichi attività fisica, almeno 150 minuti di attività moderata (camminata veloce) o 75 min di attività intensa alla settimana?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No							
	26	Quanti anni di istruzione hai?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-6 anni <input type="checkbox"/> 7-12 anni <input type="checkbox"/> più di 12 anni							
	MISURAZIONI	27	Peso (se non misurato stimato)	Kilogrammi (kg) <input type="radio"/>		Libbre (lbs)		<input type="checkbox"/> Segnare se stimato		
		28	Quale era il tuo peso alla nascita?	Kilogrammi (kg) <input type="radio"/>		Libbre (lbs)		<input type="checkbox"/> Non lo so		
29		Quale strumento viene utilizzato per la misurazione della PA?	<input type="checkbox"/> OMRON <input type="checkbox"/> Altro							
*30		1 misurazione	Pressione sistolica (PAS)			Pressione diastolica (PAD)			Fc	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		2 misurazione								<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	3 misurazione								<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
SE IL TUO PAESE PRENDE PARTE A QUALCHE STUDIO CHE RIGUARDA LA FIBRILLAZIONE ATRIALE RISPONDERE ANCHE ALLE DOMANDE QUI SOTTO										
FA	31	La fibrillazione atriale è stata riscontrata durante la presente valutazione?					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
	32	Ti è mai stata riscontrata la fibrillazione atriale da un professionista sanitario?					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			

* Queste domande devono essere risposte per essere inviate al May Measurement Month

** Sud-asiatico- originario di: India, Pakistan, Bangladesh, Nepal, Buthan, Maldive e Sri Lanka. Est e Sud-est asiatico- originario di ogni altro paese ad est dell'India

*** Inteso come quanti tipi di farmaci stai assumendo per esempio: ACE-inibitori, sartani, beta-bloccanti, calcio antagonisti, alfa bloccanti, altro. Se non sei sicuro, inserisci il numero di pastiglie differenti che assumi ogni giorno. (se assumi un farmaco 2 volte al giorno, conta come 1) ‡ N/A = Non applicabile