

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

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

LUOGO	*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)						
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 avuto una diagnosi di valori pressori elevati da parte di un professionista sanitario (gravidanza esclusa)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
	*10	Stai prendendo farmaci per l'ipertensione arteriosa?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
	*10a	Se sì, 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			
	11	Stai prendendo attualmente qualcuno dei seguenti farmaci?	a) Statina <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so c) Warfarin / 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		
	*12	Se femmina, sei gravida?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
	13	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			
	14	Usi e-cigarette?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> in passato <input type="checkbox"/> Mai			
	15	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			
	*16	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 e) diabete <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 f) insufficienza renale cronica <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
	17	Hai un genitore/fratelli/sorelle con diabete mellito?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so			
	18	Fai almeno 150 minuti di esercizio moderato (camminata veloce) o 75 minuti di esercizio più vigoroso a settimana?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
	19	Che tipo di dieta segui?	<input type="checkbox"/> Onnivora **** <input type="checkbox"/> vegetariana <input type="checkbox"/> Pescatariana (pesce ma non altra carne) <input type="checkbox"/> Vegano (niente carne, pesce o prodotti animali)			
20	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	*21	Peso (se non misurato stimato)	Kilogrammi (kg)	<input type="checkbox"/> Segnare se stimato		
	*22	Altezza	metri	<input type="checkbox"/> Segnare se stimato		
	23	Circonferenza vita	Cm	<input type="checkbox"/> Segnare se stimato		
	*24		Pressione sistolica (PAS)	Pressione diastolica (PAD)	Fc	Il polso è ritmico?
		1 misurazione				<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	

*Questa è una domanda obbligatoria. Assicurati di aver risposto a tutte le domande obbligatorie.

**Sud asiatico – con origini da: India, Pakistan, Bangladesh, Nepal, Bhutan, Maldive e Sri Lanka. Est e sud-est asiatico – Con origini da qualsiasi paese ad est del subcontinente indiano.

***Ciò significa quanti tipi di farmaci vengono assunti, ad esempio: ACE-inibitori, ARB, diuretici, beta-bloccanti,

bloccanti dei canali del calcio, alfa-bloccanti, altri. Se non è sicuro, inserisca il numero di compresse diverse ogni giorno. (Se prendi 1 compressa due volte al giorno, conta come 1).

**** Persona che mangia una varietà di cibi di origine sia vegetale che animale.



**Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa
Legg Italiana contro l'Ipertensione Arteriosa**

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

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

COMPLETANDO IL QUESTIONARIO ACCONSENTE 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)

25	Assumi farmaci anti-ipertensivi che contengano 2 o tre molecole in una unica pastiglia?	<input type="checkbox"/> Sì, 2 molecole in 1 pastiglia <input type="checkbox"/> Sì, 3 molecole in 1 pastiglia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
25	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
27	Hai mai partecipato alla giornata mondiale dell'ipertensione?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
28	Assume caffè?	<input type="checkbox"/> Sì, n. tazze al giorno <input type="checkbox"/> No
29	Il dentista ti ha mai diagnosticato una parodontite?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
30	Hai mai riscontrato una delle seguenti condizioni negli ultimi 6 mesi? (possibili più opzioni)	<input type="checkbox"/> Sanguinamento gengivale durante lo spazzolamento <input type="checkbox"/> Dente che sembra più lungo <input type="checkbox"/> Mobilità di un dente <input type="checkbox"/> Nessuna delle precedenti

XX Giornata Mondiale dell'ipertensione Arteriosa - anno 2024