

Информация про место скрининга			
1*	Страна:	Город/поселок/село:	
3	Где происходит скрининг?	1. Больница/поликлиника/аптека 2. Рабочее место 3. Общественное место (внутри помещения) 4. Общественное место (вне помещения) 5. Дома 6. Другое	
4*	Дата заполнения	__ / __ / ____	
Заполняя данную форму, Вы соглашаетесь на обработку персональных данных в рамках данного исследования. Если не знаете ответ – оставьте пустым			
Информация про участника			
5	Этническая принадлежность (самопровозглашенная)	1. Афроамериканская 2. Европеоидная 3. Южноазиатская 4. Восточная/ Юго-Восточная Азия 5. Ближневосточная 6. Смешанная 7. Другое	
6	Когда последний раз измерялось Ваше артериальное давление?	1. Никогда 2. Более 12 месяцев назад 3. В течение 12 месяцев	
7	Участвовали ли Вы в акции скрининга ранее? (отметить все подходящие варианты)	1. Никогда 2. 2017 3. 2018 4. 2019	
8*	Вам когда-нибудь говорили, что у Вас повышенное АД? (за исключением во время беременности)	да	нет
9	Сколько классов препаратов Вы принимаете для лечения гипертонии в настоящий момент?	0 1 2 3 4 5 или более Затрудняюсь ответить	
10	Оплачиваете ли Вы консультации или препараты по поводу лечения артериальной гипертензии?	1. Ничего не оплачиваю 2. Оплачиваю частично 3. Оплачиваю полностью 4. Затрудняюсь ответить	
11	Вы регулярно принимаете препараты для снижения давления? Если нет, то почему?	1. Да 2. Слишком дорого 3. Трудно найти 4. Побочные реакции 5. Принимаю препараты по необходимости 6. Предпочитаю альтернативную медицину 7. Забываю	
12	Принимаете ли вы в настоящее время следующие препараты?	а) Статины <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю б) Аспирин <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю	
13*	Сколько Вам лет? (Оценить на глаз, если неизвестно)	лет	Если оценили, поставьте галочку
14*	Какой Ваш пол?	Мужской	Женский Другое
15	В случае женского пола, беременные ли Вы в настоящее время?	Да	Нет
16	В случае женского пола, повышалось ли у Вас давление в предыдущую или настоящую беременность?	Да	Нет
17	В случае женского пола, принимаете ли Вы следующие препараты?	а) Гормональная контрацепция	Да Нет
		б) Заместительная гормональная терапия	Да Нет
18	Куриете ли Вы?	Да	Курил(а), но Никогда

			бросил(а)	
19	Вы употребляете алкоголь?	1. Никогда/редко 2. 1-3 раза в месяц 3. 1-6 раз в неделю 4. Ежедневно		
20	Был ли диагностирован у Вас сахарный диабет медицинским работником (кроме беременности)?	Да	Нет	
21	Был ли у Вас диагностирован когда-нибудь?	а) Инфаркт миокарда	Да	Нет
		б) Инсульт	Да	Нет
22	Был ли у вас положительный тест на COVID-19 (коронавирус)?	Да	Нет	
23	Как COVID-19 (коронавирус) повлиял на Вашу терапию для лечения гипертонии?	1. Никак/не применимо 2. Обычные препараты не доступны 3. Предыдущие препараты поменяли 4. Добавлены новые препараты 5. Начал принимать препараты впервые 6. Прекратил прием препаратов		
24	Вы сделали прививку от COVID-19?	Да	Нет	
25	Выполняете ли Вы умеренную физическую нагрузку как минимум 150 минут (быстрая ходьба) или более интенсивные упражнения как минимум 75 минут в течение недели?	Да	Нет	
26	Сколько лет Вы учились?	1. 0 2. 1-6 лет 3. 7-12 лет 4. более 12 лет		
ИЗМЕРЕНИЯ				
27	Укажите Ваш вес (приблизительный, если не измеряли)	кг	Поставьте галочку, если со слов	
28	Каков был Ваш вес при рождении?	кг	Не знаю	
29	Какой тонометр был использован для проведения измерения АД (название производителя)?	OMRON	Другой	
30*		САД	ДАД	ЧСС
	1 измерение			
	2 измерение			
	3 измерение			

* На эти вопросы необходимо ответить, чтобы анкета считалась валидной

NB: не записывайте какие-либо личные данные, которые могут идентифицировать пациента, например, ФИО, адрес.

*** Это означает, сколько видов лекарств Вы принимаете, например - ингибиторы АПФ, БРА, диуретики, бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, альфа-адреноблокаторы и другие. Если Вы не уверены, напишите количество разных таблеток каждый день. (Если вы принимаете по 1 таблетке два раза в день, это считается за 1 группу препаратов).