



РОССИЙСКОЕ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО



ИНФОРМАЦИЯ ПРО МЕСТО СКРИНИНГА						
1	Страна					
2	Город					
3	Где происходит скрининг?	<input type="checkbox"/> Больница/поликлиника <input type="checkbox"/> Аптека <input type="checkbox"/> Рабочее место <input type="checkbox"/> Общественное место (вне помещения) <input type="checkbox"/> Общественное место (внутри помещения) <input type="checkbox"/> Другое				
4	Дата					
ИНФОРМАЦИЯ ПРО УЧАСТНИКА						
5	Когда последний раз измерялось Ваше артериальное давление?	<input type="checkbox"/> никогда <input type="checkbox"/> более 12 месяцев назад <input type="checkbox"/> в течение 12 месяцев				
6	Страдаете ли Вы артериальной гипертонией?	ДА	НЕТ			
7	Если «ДА», как долго?					
8	Участвовали ли Вы в акции скрининга в мае 2017 или 2018 года?	ДА	НЕТ			
9	Вам когда-нибудь говорили, что у Вас повышенное АД? (за исключением во время беременности)	ДА	НЕТ			
10	Вы принимаете в настоящее время препараты для снижения артериального давления?	ДА	НЕТ	НЕ ЗНАЮ		
11	Если ответ «да» на вопрос 10, то сколько классов препаратов Вы принимаете для лечения гипертонии?	1	2	3	4	5 или более
12	Пропускаете ли Вы прием антигипертензивных препаратов?	ДА	НЕТ			
13	Если ответ «да» на вопрос 10, то принимаете ли Вы статины (препараты для снижения холестерина)?	ДА	НЕТ			
14	Если ответ «да» на вопрос 10, то принимаете ли Вы аспирин?	ДА	НЕТ			
15	Ваш возраст					
16	Ваш пол (правильное обвести)	МУЖ	ЖЕН			
17	В случае женского пола, беременные ли Вы в настоящее время?	ДА	НЕТ			
18	В случае женского пола, повышалось ли у Вас давление в предыдущую или настоящую беременность?	ДА	НЕТ			

19	Вы сейчас натошак?	ДА		НЕТ
20	У Вас есть сахарный диабет?	ДА	НЕТ	НЕ ЗНАЮ
21	Вы курите?	ДА		НЕТ
22	Употребляете ли Вы алкоголь?	Никогда или редко	1-3 раза в месяц	По крайней мере 1 раз в неделю
23	Были ли у Вас ранее инфаркт миокарда, операции на сердце по поводу ишемической болезни сердца?	ДА	НЕТ	НЕ ЗНАЮ
24	Был ли у Вас ранее инсульт?	ДА	НЕТ	НЕ ЗНАЮ
25	Какие ресурсы Вы используете для поиска информации о заболевании (например, АГ):	<input type="checkbox"/> Интернет <input type="checkbox"/> Социальные сети <input type="checkbox"/> Форумы пациентов <input type="checkbox"/> Образовательные школы для пациентов <input type="checkbox"/> Родственники		
26	Было бы Вам полезно мобильное приложение по контролю АД (электронные дневники самоконтроля АД)?	ДА		НЕТ
27	Помогло бы Вам приложение, которое бы указывало наличие антигипертензивных препаратов в аптеках поблизости?	ДА		НЕТ
ИЗМЕРЕНИЯ				
28	Ваш вес (в кг)			Поставьте галочку, если со слов
29	Ваш рост (в см)			Поставьте галочку, если со слов
30	Какой тонометр был использован для проведения измерения АД (название производителя)?			
31	Результаты измерения артериального давления (трехкратно с интервалом 1 минута)	САД	ДАД	Пульс
32	Первое измерение			
33	Второе измерение			
34	Третье измерение			

