

**Анкета пациента в акции «Измерь давление – позаботься о будущем»**

1	Дата заполнения	_ / _ / _					
2	Город/поселок/село						
3	Сколько Вам полных лет?	лет					
4	Какой Ваш пол?	Мужской	Женский				
5	Измеряете ли Вы себе дома артериальное давление?	Да	Нет				
6	Когда последний раз измерялось Ваше артериальное давление?	1. Никогда 2. Более 12 месяцев назад 3. В течение последних 12 месяцев					
7	Вам когда-нибудь говорили, что у Вас повышенное артериальное давление?	да	нет				
8	Принимаете ли Вы регулярно препараты для снижения давления последние 2 недели?	да	нет				
9	Сколько классов препаратов Вы принимаете для лечения артериальной гипертензии в настоящий момент?	0	1	2	3	4	5 или более
10	Принимаете ли Вы фиксированную комбинацию (несколько препаратов в одной таблетке) для лечения артериальной гипертензии?	да	нет	Не знаю			
11	При выявлении артериальной гипертензии врач Вам начал терапию с комбинации препаратов (несколько препаратов) или с одного препарата?	С комбинации препаратов	С одного препарата	Не знаю			
12	Если у Вас есть повышенное артериальное давление, и Вы не принимаете регулярно препараты для его снижения, то почему?	1. слишком дорого 2. ранее были побочные реакции 3. принимаю по необходимости 4. предпочитаю альтернативную медицину 5. забываю					
13	Обсуждал ли с Вами врач важность приема препаратов строго в соответствии с его рекомендациями?	да	нет				
14	Принимаете ли вы в последние 2 недели 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					
15	Курите ли Вы обычные сигареты?	Да	Курил(а), но бросил(а)	Никогда			
16	Курите ли Вы электронные сигареты?	Да	Курил(а), но бросил(а)	Никогда			
17	Вы употребляете алкоголь?	1. Никогда/редко 2. 1-3 раза в месяц 3. 1-6 раз в неделю 4. Ежедневно					
18	Был ли у Вас ранее диагностирован сахарный диабет?	Да	Нет	Не знаю			
19	Был ли у Вас диагностирован ранее инфаркт миокарда?	Да	Нет	Не знаю			
20	Был ли у Вас диагностирован ранее инсульт?	Да	Нет	Не знаю			
21	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				
22	Укажите Ваш вес	кг					
23	Укажите Ваш рост	см					
		САД	ДАД	ЧСС			
24	1 измерение						
	2 измерение						
	3 измерение						