

1	Дата заполнения	__ / __ / ____						
2	Место проведения (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	Чувствуете ли Вы повышение артериального давления?	да	нет					
7	Принимаете ли Вы регулярно препараты для снижения давления последние 2 недели?	да	нет					
8	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. забываю 5. я прекратил прием препаратов от давления после нормализации АД						
9	Сколько классов препаратов для лечения гипертонии Вы принимаете в настоящий момент?	0	1	2	3	4	5 или более	
10	Сколько таблеток для лечения гипертонии Вы принимаете?	0	1	2	3	4	5 или более	
11	Принимаете ли Вы фиксированную комбинацию (несколько препаратов в одной таблетке) для лечения гипертонии?	да	нет		Не знаю			
12	Если Вы принимаете фиксированную комбинация, сколько в ней компонентов?	2	3		Не знаю			
13	В какое время суток Вы принимаете препараты для лечения гипертонии?	1. Утром и вечером 2 Всегда утром 3. Всегда вечером 4. Когда вспомню 5. Другое						
14	Сколько дней в неделю Вы принимаете препараты для лечения гипертонии?	7	6	5	4	3	2	1
15	Обсуждал ли с Вами врач важность приема препаратов строго в соответствии с его рекомендациями?	да	нет					
16	Ищете ли вы информацию по заболеванию и лечению гипертонии на интернет ресурсах?	да	нет					
17	Используете ли Вы системы напоминания о приеме препаратов для лечения гипертонии	1. Дневник АД 2. Приложение на телефоне 3. Таблетница 4. Другое 5. Не использую						
18	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						
19	Курите ли Вы обычные сигареты?	Да	Бросил		Никогда			
20	Курите ли Вы электронные сигареты?	Да	Бросил		Никогда			
21	Был ли у Вас ранее диагностирован сахарный диабет?	Да	Нет		Не знаю			
22	Был ли у Вас диагностирован ранее инфаркт миокарда?	Да	Нет		Не знаю			
23	Был ли у Вас диагностирован ранее инсульт?	Да	Нет		Не знаю			
24	Ограничиваете ли Вы потребление соли?	Да	Нет					
25	Укажите Ваш вес	кг						
26	Укажите Ваш рост	см						
		САД	ДАД		ЧСС			
27	1 измерение							
	2 измерение							
	3 измерение							