

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

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



LUOGO DI SCREENING	*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)					
RIGUARDO AL 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-orientale <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 un professionista sanitario (gravidanza esclusa)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
	9a	Se sì a che età ti è stata riscontrata?	anni		
	10	Assumi farmaci per la pressione arteriosa?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
	10a	Quanti farmaci assumi 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 b) Warfarin / anti-coagulanti 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		
	12a	Se femmina, hai mai avuto un rialzo di valori pressori durante questa o precedenti gravidanze?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
	12b	Se femmina, stai assumendo ...	a) Contraccettivi orali <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	b) Terapia ormonale sostitutiva? 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"/> No- ma ho fumato 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	Assumi caffè o bevande che contengano caffeina ?	<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		
	17	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) Malattia renale <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
	18	Hai un genitore/fratelli/ sorelle con pressione elevata?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so		
	19	Hai un genitore/fratelli/ sorelle con pressione elevata?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so		
	20	Pratichi attività fisica, almeno 150 minuti di attività moderata (camminata veloce) o 75 min di attività intensa alla settimana?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
	21	Usi sale con potassio ?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
	22	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		
23	Usi un misuratore da polso o da braccio per misurare la PA a casa?	<input type="checkbox"/> Polso <input type="checkbox"/> braccio			
23a	Se misuri la pressione a casa quanto spesso?	<input type="checkbox"/> 1 volta settimana <input type="checkbox"/> 2 volte settimana <input type="checkbox"/> da 3-5 volte <input type="checkbox"/> tutti i giorni			
MISURAZIONI	24	Peso (se non misurato stimato)	Kilogrammi (kg) <input type="checkbox"/> Libbre (lbs) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Segnare se stimato	
	25	Altezza	metri	<input type="checkbox"/> Segnare se stimato	
	26	Circonferenza vita	cm	<input type="checkbox"/> Segnare se stimato	
	27	Quale strumento viene utilizzato per la misurazione della PA?	<input type="checkbox"/> OMRON <input type="checkbox"/> Altro		
	*28		Pressione sistolica (PAS)	Pressione diastolica (PAD)	Fc
	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

* Queste domande devono essere risposte per essere inviate al May Measurement Month

** Sud-asiatico- originario di: India, Pakistan, Bangladesh, Nepal, Buthan, Maldive e Sri Lanka. Est e Sud-est asiatico- originario di ogni altro paese ad est dell'India

*** Inteso come quanti tipi di farmaci stai assumendo per esempio: ACE-inibitori, sartani, beta-bloccanti, calcio antagonisti, alfa bloccanti, altro. Se non sei sicuro, inserisci il numero di pastiglie differenti che assumi ogni giorno. (se assumi un farmaco 2 volte al giorno, conta come 1)

† N/A = Non applicabile



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

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

SE IL TUO PAESE PRENDE PARTE A QUALCHE STUDIO CHE RIGUARDA LA FIBRILLAZIONE ATRIALE RISPONDERE ANCHE ALLE DOMANDE QUI SOTTO		
FA	29	La fibrillazione atriale è stata riscontrata durante la presente valutazione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	30	Ti è mai stata riscontrata la fibrillazione atriale da un professionista sanitario? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	31	Quale era il tuo peso alla nascita? <input type="checkbox"/> Kilogrammi (kg) <input checked="" type="checkbox"/> Libbre (lbs) <input type="checkbox"/> Non lo so

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)

32	Hai mai partecipato alla giornata mondiale dell'ipertensione?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
33	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
34	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
35	Il dentista ti ha mai diagnosticato una periodontite?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
36	Hai mai riscontrato una delle seguenti condizioni? (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

XXI Giornata Mondiale dell'ipertensione Arteriosa - anno 2025

Realizzato grazie al contributo non condizionante di