

### SOBRE EL LLOC DE RECLUTAMENT

1*	País	ESP
2*	Ciutat/Poble/Codi Postal	
3	Identificació del Lloc o e-mail	
4	On es realitza la mesura?	<input type="checkbox"/> Hospital/clínica <input type="checkbox"/> Farmàcia <input type="checkbox"/> Lloc de Treball <input type="checkbox"/> Àrea pública (exterior) <input type="checkbox"/> Àrea pública (interior) <input type="checkbox"/> Altre
5*	Data de la mesura	/ /
6*	Hora de la Mesura (Format de 24h: 14:25)	:
7	Temperatura de la sala.	°C

### SOBRE ELS PARTICIPANTS

8*	Confirmeu que entén que les dades recopilades es mantindran en l'anonimat i que ens autoritza a fer us dels resultats amb finalitats de investigació acadèmica.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9	Ètnia o rassa	<input type="checkbox"/> Negre <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Àsia del Sud <input type="checkbox"/> Asiàtic de l'est <input type="checkbox"/> Sudest Asiàtic <input type="checkbox"/> Àrab <input type="checkbox"/> Hispà (sols Estats Units) <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Altre
10	S'ha pres la pressió arterial alguna vegada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11	-En cas d'haver respòs Sí, ho ha fet durant els darrers 12 mesos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12	Va participar en el Mes de Mesura de Maig 2017?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13	Algun professional de la salut li ha diagnosticat mai pressió arterial elevada (excepte durant l'embaràs)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14*	Actualment, està prenent algun medicament per a la pressió arterial elevada (antihipertensiu)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No ho sap
15*	Edat (estimeu si desconeguda)	<input type="checkbox"/> Marqueu si s'estima
16	Sexe	<input type="checkbox"/> Masculí <input type="checkbox"/> Femení <input type="checkbox"/> Altre
17	Està embarassada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18	Està dejú?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
19	És diabètic?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
20	Fuma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
21	Beu alcohol?	<input type="checkbox"/> mai o gairebé mai <input type="checkbox"/> 1-3 vegades al mes <input type="checkbox"/> almenys 1 vegada per setmana.
22	Ha patit mai un infart?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No ho sap
23	Ha tingut mai un accident cerebrovascular?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No ho sap

### MESURES

24	Pes (estimeu si desconegut)	Kg	lliures	<input type="checkbox"/> Marqueu si s'estima
25	Alçada (estimeu si desconeguda)	cm	peus i polzades	<input type="checkbox"/> Marqueu si s'estima
26	Tipus d'aparell de PA utilitzat per prendre les mesures?	<input type="checkbox"/> AUTOMÀTIC <input type="checkbox"/> NO AUTOMÀTIC		
27	Marca i model			
28	Braç de mesura	<input type="checkbox"/> dret <input type="checkbox"/> esquerre		
	<b>Pressió arterial sistòlica</b>	<b>Pressió arterial diastòlica</b>	<b>Ritme cardíac</b>	
29*	<b>1.ª mesura</b>			
30	<b>2.ª mesura</b>			
31	<b>3.ª mesura</b>			

\* Imprescindibles per poder enviar a MMM

\*\* Àsia meridional: inclou: Índia, Pakistan, Bangladesh, Nepal, Bhután, Maldives i Sri Lanka. Este asiàtic - inclou de: Xina continental, Hong Kong, Macao, Taiwan, Japó, Mongòlia, Corea del Norte y Corea del Sur  
Sudeste asiàtic - inclou: Cambodja, Laos, Myanmar (Birmanya), Tailàndia, Vietnam i Malasia, Brunei (Borneo), Indonesia, Filipines, Singapur i Timor Oriental

**Nota: No anoteu cap tipus de informació personal que identifiqui al participant, como el nom, adreça...**