



# LEITURAS IMPRESSAS

POR FAVOR, COMPLETE EM BLOCO SOMENTE CAPITAIS, EM TINTA PRETA  
E INSIRA APENAS X NOS CAMPOS DA CHECKBOX

## SOBRE O LOCAL DE RASTREIO

*1	Pais	
*2	Ciudad/Pueblo	
3	Identificación del Lugar o Dirección de E-Mail	
4	Donde esta su lugar de Reclutamiento?	<input type="checkbox"/> Hospital/clínica <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Ambiente de trabalho <input type="checkbox"/> Área pública (ao ar livre) <input type="checkbox"/> Área pública (interior) <input type="checkbox"/> De outros
*5	Data da medição (dia/mes/ano) (dd/mm/yy)	/ /
*6	Hora da medição em formato de 24 horas (por exemplo 14:25)	:
7	Temperatura do local de rastreio	<input type="checkbox"/> °C <input type="checkbox"/> °F

## SOBRE O PARTICIPANTE

*8	Por favor confirme que entendeu que os dados registados sao anónimos e que voce deu autorizaçao para que os seus dados sejam usados para fins académicos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9	Grupo étnico** (auto declarado)	<input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Sul da Ásia <input type="checkbox"/> leste Asiático. <input type="checkbox"/> Sudeste asiático <input type="checkbox"/> árabe <input type="checkbox"/> Hispânico (apenas nos EUA) <input type="checkbox"/> Misturado <input type="checkbox"/> De outros
10	Alguma vez mediu a sua pressao arterial?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11	Mediu a sua pressao arterial nos ultimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12	Participou na actividade do Mes de Medicao de Maio em 2017?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13	Alguma vez um trabalhador de saude lhe diagnosticou uma pressao arterial alta (excepto durante a gravidez)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
*14	Esta neste momento a tomar medicao prescrita para tratar pressao arterial alta?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
*15	Quantos anos tem? ( calcule se nao sabe)	<input type="checkbox"/> Assinale se estimado
16	Que sexo tem?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outros
17	Esta grávida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
18	Está em jejum?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
19	Tem diabetes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
20	Fuma ou consome tabaco?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
21	Consome alcool?	<input type="checkbox"/> Nunca / raramente <input type="checkbox"/> 1-3 vezes por mês <input type="checkbox"/> Uma vez por semana
22	Alguma vez teve um ataque do coração?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
23	Alguma vez teve uma trombose?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

## MEDIÇÕES

24	Peso (estimativa, se não for medida)	Quilogramas(kg) <b>OR</b> Libras (lbs)	<input type="checkbox"/> Assinale se estimado	
25	Altura (estimativa, se não for medida)	' " Pés polegadas <b>OR</b> Centímetros (cm)	<input type="checkbox"/> Assinale se estimado	
26	Que tipo de esfigmomanometro foi usado para medir a pressao arterial?	<input type="checkbox"/> Automatizado <input type="checkbox"/> Não automatizado		
27	Qual é a marca e o modelo?			
28	Que braço foi usado para medir a pressao arterial?	<input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Certo		
		<b>Pressao arterial sistolica</b>	<b>Pressao arterial diastolica</b>	<b>Frequencia cardiaca</b>
*29	<b>Primeira medição</b>			
30	<b>Segunda medição</b>			
31	<b>Terceira medição</b>			

\* Essas perguntas devem ser respondidas para serem enviadas para o mês de medição de maio

\* nota: Não registre nenhum dado pessoal que identifique o paciente, e. nome, endereço.

\*\* Sul da Ásia - com origem em: Índia, Paquistão, Bangladesh, Nepal, Butão, Maldivas e Sri Lanka

Ásia Oriental - com origens de: China Continental, Hong Kong, Macau, Taiwan, Japão, Mongólia, Coreia do Norte e Coreia do Sul, China, Hong Kong, Japão, Macau, Mongólia, Coreia do Norte, Coreia do Sul, Taiwan

Sudeste Asiático - com origens de: Camboja, Laos, Myanmar (Birmânia), Tailândia, Vietnã e Malásia, Brunei (na ilha de Bornéu), Indonésia, Filipinas, Cingapura e Timor Leste