

Vprašalnik mesec meritev maj 2023

IZPOLNITE Z VELIKIMI TISKANIMI ČRKAMI ALI OZNAČITE S KRIŽCEM (X).



MESEC
MERITEV
MAJ

MESTO MERITVE	1 a	Država: SLOVENIJA		1 b Kraj:		
	2	ID-številka merilnega mesta: _ /				
	3	Mesto meritve	<input type="checkbox"/> zdravstvena ustanova/lekarna <input type="checkbox"/> delovno mesto <input type="checkbox"/> javni prostor (znotraj) <input type="checkbox"/> javni prostor (zunaj) <input type="checkbox"/> doma <input type="checkbox"/> drugo			
	4	Datum meritve	____. ____ .20____			
Z IZPOLNITVIJO VPRAŠALNIKA SE STRINJATE Z OBDELAVO PODATKOV V RAZISKOVALNE NAMENE.						
MERITVE	5	Telesna teža (ocenite)		kg		
	6	Telesna višina		cm		
	7	Porodna teža		kg	<input type="checkbox"/> ne vem	
	8	Proizvajalec merilnika za krvni tlak, ki ga uporabljate <input type="checkbox"/> Omron <input type="checkbox"/> drugi				
9		Sistolični krvni tlak (mmHg)		Diastolični krvni tlak (mmHg)	Srčni utrip (/min)	
	1. meritev				<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
	2. meritev				<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
	3. meritev				<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
PODATKI O SODELUJOČEM	10	Starost		let		
	11	Spol	<input type="checkbox"/> moški <input type="checkbox"/> ženski <input type="checkbox"/> drugo			
	12	Rasa	<input type="checkbox"/> bela <input type="checkbox"/> črna <input type="checkbox"/> južnoazijska <input type="checkbox"/> vzhodno-/jugovzhodnoazijska <input type="checkbox"/> arabska <input type="checkbox"/> mešana <input type="checkbox"/> drugo			
	13	Kdaj ste si/so vam zadnjič izmerili krvni tlak (KT)?	<input type="checkbox"/> nikoli <input type="checkbox"/> pred več kot 12 meseci <input type="checkbox"/> v zadnjih 12 mesecih			
	14	Ali ste že kdaj sodelovali v akciji Mesec meritev maj?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne			
	15	Ali so vam pred današnjim dnevom že kdaj ugotovili zvišan krvni tlak (razen v nosečnosti)?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne			
	15 a	Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z DA, koliko ste bili takrat stari?	let			
	16	Ali jemljete zdravila za zvišan krvni tlak?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne			
	16 a	Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z DA, koliko različnih vrst zdravil za zvišan krvni tlak jemljete?*	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+ <input type="checkbox"/> ne vem			
	17	Ali predpisana zdravila jemljete redno? Če ne, kaj je razlog? Označite lahko več odgovorov.	<input type="checkbox"/> jemljem jih redno <input type="checkbox"/> so predraga <input type="checkbox"/> niso dostopna <input type="checkbox"/> povzročajo neželene učinke <input type="checkbox"/> jemljem jih le po potrebi <input type="checkbox"/> raje imam alternativna zdravila <input type="checkbox"/> pozabim jih vzeti			
	18	Ali trenutno jemljete naslednja zdravila:	a) statin <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ne vem b) Aspirin <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ne vem c) varfarin/oralne antikoagulate (za redčenje krvi) <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ne vem			
	19	Ali kadite/uporabljate tobačne/nikotinske izdelke?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne, sem pa v preteklosti <input type="checkbox"/> nikoli			
	20	Ali kadite elektronske cigarete (vape)?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne, sem pa v preteklosti <input type="checkbox"/> nikoli			
	21	Ali pijete alkoholne pijače?	<input type="checkbox"/> nikoli/redko <input type="checkbox"/> 1- do 3-krat na mesec <input type="checkbox"/> 1- do 6-krat na teden <input type="checkbox"/> vsak dan			
	22	Ali ste že kdaj doživeli oz. so vam ugotovili:	a) srčni infarkt <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne c) srčno popuščanje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne e) sladkorno bolezen <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne b) možgansko kap <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne d) nereden utrip <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne f) ledvično okvaro <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne			
	23	Ali ste na teden vsaj 150 minut zmerno aktivni (hitra hoja) ali 75 minut intenzivno aktivni?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne			
	24	Kako se prehranjujete?	<input type="checkbox"/> jem vse <input type="checkbox"/> sem vegetarijanec/-ka <input type="checkbox"/> jem le ribe, drugega mesa ne <input type="checkbox"/> sem vegan/-ka (ne jem živil živalskega izvora)			
25	Koliko let ste se šolali?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 do 6 let <input type="checkbox"/> 7 do 12 let <input type="checkbox"/> več kot 12 let				
26	Če ste ženskega spola, ali ste noseči?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne				
27	Če ste ženskega spola, ali ste imeli med prvo nosečnostjo zvišan krvni tlak? Kaj pa med zadnjo nosečnostjo?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne				
28	Če ste ženskega spola, ali uporabljate: a) hormonsko kontracepcijo b) hormonsko nadomestno terapijo	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne				
29	Ali morate za zdravniške nasvete glede zdravljenja krvnega tlaka plačati?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, delno <input type="checkbox"/> da, v celoti <input type="checkbox"/> ne vem				
30	Ali morate za zdravila za zniževanje krvnega tlaka plačati?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, delno <input type="checkbox"/> da, v celoti <input type="checkbox"/> ne vem				
31	Ali ste bili kdaj pozitivni na testu za covid-19? Če da, pred koliko meseci?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> 0 do 3 <input type="checkbox"/> 3 do 6 <input type="checkbox"/> 6 do 12 <input type="checkbox"/> več kot 12				
31 a	Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z DA, ali imate še vedno s covidom-19 povezane simptome?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne				

* To pomeni, koliko različnih zdravil za krvni tlak jemljete, npr. ACE-zaviralce, sartane, diuretike, beta zaviralce, zaviralce kalcijevih kanalčkov, alfa zaviralce, druga zdravila. Če niste prepričani, navedite število različnih tablet za krvni tlak, ki jih jemljete (če jih jemljete 2-krat na dan, to šteje za 1 tableto oz. zdravilo).