

Vprašalnik mesec meritev maj 2026

PROSIMO, IZPOLNITE Z VELIKIMI TISKANIMI ČRKAMI ALI OZNAČITE S KRIŽCEM.

PROSIMO, DA ODGOVORITE NA VSA VPRAŠANJA



MESEC
MERITEV
MAJ

MESTO MERITVE	1a	Država: SLOVENIJA	1b. Kraj meritve:			
	2	ID številka merilnega mesta: ___ / ___				
	3	Mesto meritve	<input type="checkbox"/> Zdrav. 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 meritve2026			
Z IZPOLNITVIJO VPRAŠALNIKA SE STRINJATE Z OBDELAVO PODATKOV V RAZISKOVALNE NAMENE						
MERITVE	5	Telesna teža (ocenite)		v kilogramih (kg)		
	6	Telesna višina		v metrih (m)		
	7		Sistolični krvni tlak (SKT) mmHg	Diastolični krvni tlak (DKT) mmHg	Srčni utrip (št. utripov na minuti)	
		1. meritev				
2. meritev						
	3. meritev					
PODATKI O SODELUJOČEM	8	Starost (v letih)		let		
	9	Spol	<input type="checkbox"/> moški <input type="checkbox"/> ženski <input type="checkbox"/> drugo			
	10	Etnična pripadnost	<input type="checkbox"/> bela <input type="checkbox"/> temnopolta <input type="checkbox"/> južnoazijska <input type="checkbox"/> vzhodno/jugovzhodnoazijska <input type="checkbox"/> arabska <input type="checkbox"/> mešana <input type="checkbox"/> drugo			
	11	Kdaj ste imeli opravljeno zadnjo meritev krvnega tlaka ?	<input type="checkbox"/> nikoli <input type="checkbox"/> pred več kot 12 meseci <input type="checkbox"/> znotraj zadnjih 12 mesecev			
	12	Ali so vam pred današnjim dnevom že kdaj ugotovili zvišan krvni tlak (razen v nosečnosti)?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne			
	13	Ali jemljete zdravila za zvišan krvni tlak?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne			
	13a	V kolikor ste odgovorili na vpr. 13 z DA, koliko različnih vrst zdravil za 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			
	14	Če ste ženskega spola, ali ste noseči?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne			
	15	Ali ste že kdaj doživeli oziroma 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) okvaro ledvic <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		
	16	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			
	17	Ali kadite/uživata tobачne/nikotinske izdelke?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne - sem pa v preteklosti <input type="checkbox"/> nikoli <input type="checkbox"/> uporabljam elektronske cigarete			
18	Ali uživate alkohol?	<input type="checkbox"/> nikoli/redko <input type="checkbox"/> 1-3-krat na mesec <input type="checkbox"/> 1-6-krat na teden <input type="checkbox"/> vsak dan				
19	Ali ste tedensko vsaj 150 min zmerno aktivni (hitra hoja) ali 75 min intenzivno aktivni?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne				

* To pomeni koliko različnih zdravil za krvni tlak jemljete, kot so npr. - ACE-zaviralci, sartani, diuretiki, beta zaviralci, zaviralci kalcijevih kanalčkov, alfa zaviralci, drugo. V kolikor niste prepričani, navedite število različnih tablet za krvni tlak, ki jih jemljete (če jemljete 1 tbl 2-krat dnevno to šteje kot 1 tbl).