

سوالات و راهنمای پرسشگری مطالعه STEPS2020

فهرست

فرم ثبت آدرس.....	۳
فرم ثبت فرد.....	۳
فرم ثبت خانوار.....	۴
فرم اطلاعات مراجعه.....	۴
گام اول: پرسشنامه.....	۶
اطلاعات بوم شناسی:.....	۶
دارایی خانواده.....	۸
تغذیه.....	۱۱
فعالیت بدنی.....	۱۴
سابقه فشار خون بالا.....	۱۷
سابقه دیابت.....	۱۹
سابقه کلسترول تام بالا.....	۲۱
سابقه بیماریهای قلبی عروقی.....	۲۳
سابقه سایر بیماری های دارای اهمیت.....	۲۴
توصیه های سبک زندگی.....	۲۵
غریبالگری سرطان مردان.....	۲۶
غریبالگری سرطان خانم ها.....	۲۶
حوادث:.....	۲۷
..... ۱	۲۹
..... ۲	۲۹
استعمال دخانیات.....	۲۹
مصرف الکل.....	۳۶
گام دوم سنجش جسمانی:.....	۳۸
فشار خون.....	۳۸
قد و وزن.....	۳۹

- ۴۰..... دور کمر..... دور کمر
- ۴۱..... دور باسن..... دور باسن
- ۴۱..... ضربان قلب..... ضربان قلب
- ۴۱..... تعداد گام های فرد طی ۲۴ ساعت..... تعداد گام های فرد طی ۲۴ ساعت
- ۴۱..... گام سوم آزمایشگاه..... گام سوم آزمایشگاه
- ۴۱..... تحویل کارت فرد به شرکت کنندگان..... تحویل کارت فرد به شرکت کنندگان
- ۴۲..... تحویل برگه آمادگی فرد برای مراجعه به آزمایشگاه..... تحویل برگه آمادگی فرد برای مراجعه به آزمایشگاه
- ۴۲..... برگه آموزش آمادگی فرد..... برگه آموزش آمادگی فرد
- ۴۲..... آمادگی برای نمونه گیری:..... آمادگی برای نمونه گیری:
- ۴۲..... فرم ادرار ۲۴ ساعته (فرم شماره ۴ کاغذی)..... فرم ادرار ۲۴ ساعته (فرم شماره ۴ کاغذی)
- ۴۳..... دستوالعمل جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته..... دستوالعمل جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته
- ۴۴..... سوالات کووید ۱۹..... سوالات کووید ۱۹

لازم به ذکر است فرم های ثبت آدرس ، ثبت فرد ، ثبت خانوار و اطلاعات مراجعه طبق پروتکل و پس از یکبار پرسش مجدداً از فرد سوال نمی شود و تنها توسط نرم افزار نمایش می شود که در صورت اشتباه در هر مرحله اصلاح قبل از شروع پرسشگری صورت پذیرد و هیچ سوالی تکراری پرسیده نمی شود .

فرم ثبت آدرس

اطلاعات آدرس را وارد کنید:

۱- کد پستی:

۲- آدرس:

- این قسمت از پرسشنامه باید توسط پرسشگر بصورت کامل تکمیل شود به نحویکه بتوان از طریق آن با خانوار مکاتبه پستی انجام داد. لطفاً از نوشتن جملات یا کلمات کوتاه و خلاصه که ارزش آدرس پستی نداشته باشد خودداری گردد.
- یک آدرس پستی کامل، شامل بخشهای زیر است:
- محله (گاهی در مناطق شهری کاربرد دارد) - خیابان اصلی - خیابان فرعی - کوچه - پلاک - واحد - کد پستی

فرم ثبت فرد

۱- نام:

۲- نام خانوادگی:

- به مصاحبه شونده اطمینان خاطر داده می شود که نام و نام خانوادگی ایشان محرمانه حفظ می شود و به دلیل پیگیری احتمالی سوال می شود. همچنین نام شناسنامه ای فرد باید پرسیده و قید گردد.

۳- آیا فرد حداقل ۶ ماه گذشته با این خانواده زندگی کرده است؟

بلی خیر

۴- جنسیت: مذکر مونث

۵- آیا فرد توانایی شرکت در کلیه فازهای ۳ گانه مطالعه را دارد؟

- (تعریف فرد ناتوان: ۱- فردی که نتوان شاخص های انترپومتری را از او اندازه گرفت. ۲- فردی که توانایی پاسخگویی به سوالات پرسشنامه را نداشته باشد. ۳- فردی که توانایی رفتن به آزمایشگاه را نداشته باشد.)

بلی خیر

۶- تاریخ تولد:

- لازم است تاریخ تولد بر اساس کارت ملی یا شناسنامه و هر مدرک معتبر دیگر مانند گواهینامه رانندگی و یا دفترچه بیمه کنترل و ثبت شود.

- در صورتیکه فرد نمیداند کارت شناسایی وی را بررسی نمایید.

۷- وضعیت تاهل:

- هرگز ازدواج نکرده
- متاهل
- مطلقه
- بیوه

• پاسخ بر اساس اظهارات فرد مشخص می گردد.

۸- وضعیت بارداری:

بلی خیر

• پاسخ بر اساس اظهارات فرد مشخص می گردد. اگر فرد از وضعیت بارداری خود بی اطلاع بود باز هم پاسخ خیر باید ثبت گردد. این سوال از افراد مجرد نباید پرسیده شود.

۹- کد ملی:

تکمیل کد ملی کد ملی فرد در حال تکمیل است.

۱۰- کد ملی

• لازم است بر اساس کارت ملی یا شناسنامه و هر مدرک معتبر دیگر مانند گواهینامه رانندگی و یا دفترچه بیمه کنترل و ثبت شود.

• در صورتیکه فرد نمیداند کارت شناسایی وی را بررسی نمایید.

• پاسخ این سوال بسیار حائز اهمیت است.

فرم ثبت خانوار

لطفا اطلاعات سرپرست خانوار را وارد کنید:

۱- نام:

۲- نام خانوادگی:

• به مصاحبه شونده اطمینان خاطر داده می شود که نام و نام خانوادگی ایشان محرمانه حفظ می شود و به دلیل پیگیری احتمالی سوال می شود.

۳- جنسیت: ۱. مرد ۲. زن

• پاسخ این سوال بسیار حائز اهمیت است.

فرم اطلاعات مراجعه

۱- آیا فرد در مراجعه فعلی در دسترس است؟

۲- آیا برای شرکت در مطالعه رضایت دارد؟

• کسب رضایت از مصاحبه شونده

متعاقب کسب رضایتنامه کتبی اهداف مطالعه به شرح ذیل توضیح داده می شود و اعلام رضایت شفاهی فرد شرکت کننده در مطالعه، در نرم افزار وارد می شود. ما از طرف دانشگاه علوم پزشکی (نام دانشگاه/ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) آمده ایم و در حال حاضر در خصوص عوامل خطر بیماری های غیرواگیر پرسشگری می نمایم. مایل هستیم درباره این موارد با شما مصاحبه نماییم. این بخش از مصاحبه حدود ۶۰ دقیقه به طول می انجامد. تمام اطلاعات و پاسخ هایی که از شما کسب می کنیم، کاملاً محرمانه باقی می ماند و با هیچ کس به جز افراد تیم مطالعه ما در میان گذاشته نخواهد شد. همچنین نتایج اندازه گیری های جسمانی و آزمایشگاهی به طور رایگان و نیز در صورت تمایل اطلاعات سلامتی شما در اختیارتان قرار خواهد گرفت. به دنبال شرکت در این مطالعه، این امکان برای شما فراهم می شود تا از طریق شبکه های اجتماعی و سایر روشهای ارتباطی علاوه بر اطلاع از وضعیت سلامت خود و دسترسی به نتایج اندازه گیری های تن سنجی و آزمایشگاهی، اطلاعاتی را در زمینه مراقبتهای بهداشتی مورد نیاز در هر یک از بخش ها، دریافت نمایید. توجه داشته باشید که اولاً کلیه این موارد برای شما رایگان بوده و هزینه ای نخواهد داشت و ثانیاً؛ در کلیه موارد اطلاعات به صورت محرمانه و تنها در اختیار خود شما قرار خواهد گرفت.

۳- نام:

۴- نام خانوادگی:

۵- جنسیت:

۶- تاریخ تولد:

۷- وضعیت تاهل شما چگونه است؟

هرگز ازدواج نکرده

متاهل

مطلقه/ مطلقه نیست ولی از همسر خود جدا زندگی می کند.

بیوه (زن یا مردی که همسر او فوت شده است و در حال حاضر متاهل نیست)

• پاسخ بر اساس اظهارات فرد مشخص می گردد.

۸- آیا ازدواج فامیلی داشته اید؟ بلی خیر

• منظور از ازدواج فامیلی ازدواج با اولاد عمه، عمو، دایی، خاله و یا نوه های آن ها می باشد.

۹- آیا پدر و مادر شما با هم نسبت فامیلی دارند؟ بلی خیر

۱۰- نسبت با سرپرست خانوار چیست؟

۰۹ برادرزاده / خواهرزاده	۰۵ نوه	۰۱ سرپرست
۱۰. فرزند خوانده/ فرزند همسر/ فرزند رضاعی	۰۶. والدین	۰۲ همسر(زن/ شوهر)
۱۱. دیگر وابستگان / غیر خویشاوند	سرپرست یا همسر	۰۳ پسر/ دختر
۹۹۹۹ نمی داند	۰۷ برادر / خواهر سرپرست	۰۴ عروس/ داماد
	یا همسر	

۰۸ عمو / دایی /

خاله / عمه

• براساس جدول کد های فهرست اعضای خانوار تکمیل می گردد.

۱۱- وضعیت بارداری: بلی خیر

۱۲- کد ملی:

گام اول: پرسشنامه

اطلاعات بوم شناسی:

۱- شماره تلفن ثابت فرد مصاحبه شونده بدون ذکر کد شهرستان:

• در بخش شماره تلفن ثابت اول، شماره تلفن منزل و شماره تلفن ثابت دوم شماره تلفن محل کار درج گردد. در صورت نداشتن خط تلفن ثابت در هیچ یک از موارد، عدد چهار رقمی ۹۹۹۹ درج می گردد.

۲- شماره تلفن همراه فرد مصاحبه شونده:

• در این قسمت شماره تلفن همراه فرد مصاحبه شونده ثبت می گردد در صورتی که فرد فاقد شماره تلفن همراه می باشد شماره تلفن همراه یکی از اعضای خانوار ثبت می شود. در صورتی که این خانوار فاقد تلفن همراه می باشد چهار عدد نه درج گردد.

۳- آیا تلفن همراه شما قابلیت اتصال به اینترنت و شبکه های اجتماعی را دارد؟

• هدف از این سوال مشخص کردن گوشی های هوشمند است.

۴- شماره تلفن (ثابت یا همراه) سه نفر از بستگان که در صورت لزوم بتوان با آنان تماس گرفت:

نام و نام خانوادگی

نسبت با فرد مصاحبه شونده

شماره تلفن بدون ذکر کد شهرستان همراه یا ثابت

نام و نام خانوادگی

نسبت با فرد مصاحبه شونده

شماره تلفن بدون ذکر کد شهرستان همراه یا ثابت

نام و نام خانوادگی

نسبت با فرد مصاحبه شونده

شماره تلفن بدون ذکر کد شهرستان همراه یا ثابت

• لازم است حداقل دو شماره ثابت و دو شماره همراه از بستگان فرد مصاحبه شونده درج گردد.

• شماره تلفن بستگان به ترتیب اولویت نزدیکی نسبت با فرد مصاحبه شونده درج گردد.

• اگر افراد فاقد این شماره ها بودند به جای شماره تلفن عدد چهار رقمی ۹۹۹۹ ذکر گردد.

۵- میزان تحصیلات شما کدامیک از موارد ذیل است؟ (بالاترین مدرک تحصیلی)؟

- بی سواد
- ابتدایی / نهضت
- راهنمایی
- سیکل
- دبیرستان
- دیپلم
- فوق دیپلم/لیسانس
- فوق لیسانس/دکتری حرفه‌ای
- دکترای تخصصی و فوق دکترا
- حوزوی
- سایر

- منظور مقطعی است که به اتمام رسیده باشد. به عنوان مثال اگر فردی چند ماه در دوره راهنمایی تحصیل کرده است، میزان تحصیلات ابتدایی لحاظ می‌گردد یا چنانچه فرد دانشجوی باشد دیپلم درج می‌شود.
- توجه: در مورد انتخاب گزینه سایر لازم است تحصیلات فرد به دقت تایپ شود.

۶- چند سال تحصیلی موفق داشته اید (بدون در نظر داشتن پیش دبستانی)؟

- پرسشگر در صورت لزوم به شمارش تعداد سالهای تحصیل مصاحبه شونده کمک نماید. سال هایی که جهشی خوانده اند یا پشت کنکور بوده اند را در نظر نگیرید.

۷- وضعیت اشتغال شما در ۱۲ ماه گذشته چه بوده است؟

- کارمند بخش دولتی
- کارگر شاغل در بخش دولتی
- کارمند بخش غیردولتی
- کارگر شاغل در بخش غیردولتی
- شغل آزاد یا خویش فرما (فردی که از طریق کاری شخصی درآمد کسب می‌کند یا برای فرد دیگری کار می‌کند ولی درآمد ثابت و منظمی ندارد).
- کار بدون مزد (فردی که به عنوان داوطلب کار می‌کند یا در کار خانوادگی کمک می‌کند ولی حقوقی دریافت نمی‌کند).
- دانش آموز، دانشجو
- سرباز
- خانه‌دار
- بازنشسته
- بیکار به علت ناتوانی (به دلیل مشکل در سلامتی توانایی کار کردن ندارد)
- بیکار جویای کار (توانایی کار دارد)
- بیکار غیر جویای کار (فردی که درآمد دارد ولی کار نمی‌کند)

- در مورد آخرین شغل فرد سوال پرسیده شود. جهت تعیین دولتی یا خصوصی بودن شغل فرد معیار جاتی است که بیمه فرد شاغل را رد می کند.

۸- آیا بیمه پایه (اصلی) دارید؟ (دفترچه یا کارت معتبر) :

- بلی
- خیر

- منظور از بیمه پایه و اصلی ، بیمه سلامت ایران ، نیروهای مسلح ، کمیته امداد ، خدمات درمانی ، تامین اجتماعی ، خویش فرما ، بیمه دانش آموزی و دانشجویی ، بانک ها و شرکت نفت ، بیمه روستایی و پزشک خانواده (بیمه سلامت ایرانیان) می باشد.

۹- نوع بیمه را مشخص کنید:

- بیمه سلامت ایران
- تامین اجتماعی
- نیروهای مسلح
- کمیته امداد
- سایر بیمه های غیر مکمل دولتی

- بیمه روستایی جزء بیمه سلامت ایران محسوب می گردد. این سوال باید قابلیت انتخاب چند گزینه ای داشته باشد.

۱۰- آیا بیمه مکمل دارید؟

- بلی
- خیر

دارایی خانواده

- این قسمت تنها توسط یکی از اعضای خانواده پر شده سپس از صفحه پرسشنامه خانوار خارج می شود

۱- وضعیت محل سکونت چگونه است؟

- اسکلت فلزی یا بتون آرمه
- ساختمان آجری با سقف تیرآهن
- خشتی یا گلی
- کپر، چادر یا کلبه یا کانکس

۲- نوع مالکیت محل سکونت شما چگونه است؟

- شخصی
- استیجاری
- سازمانی
- سایر (مانند افرادی که در محل سکونت فرد دیگری زندگی می کند و نوع مالکیت مشخصی بر محل سکونت ندارد).

۳- تعداد اتاق های خانه (توجه شود که آشپزخانه و هال اتاق در نظر گرفته می شوند)

۴- آیا اتومبیل شخصی دارید؟

○ بلی

○ خیر

• توجه شود که منظور کل خانوار است یعنی اگر پدر، مادر، خواهر و یا برادر آن فرد در خانوار اتومبیل دارند پاسخ این سوال بله می باشد.

۵- چند اتومبیل دارید؟

۶- نوع اتومبیل شما چیست؟

○ پراید

○ پژو

○ سمند

○ وانت بار

○ سایر اتومبیل های شخصی ساخت داخل

○ سایر اتومبیل های خارجی

• در صورتیکه فرد نمی داند اتومبیل ساخت داخل است یا خارج می توان با پرسیدن نام اتومبیل به فرد کمک کرد.

۷- اغلب به چه منظور از اتومبیل شخصی خود استفاده می نمایید؟

○ استفاده خودم و خانواده

○ به عنوان وسیله کار (مانند آژانس و تاکسی و...)

○ استفاده نمی کنم

• منظور بیشترین مورد استفاده است.

۸- از کدامیک از تسهیلات زیر برخوردار دارید؟

آب لوله کشی ۱- بلی ۲- خیر

گاز لوله ۱- بلی ۲- خیر

برق ۱- بلی ۲- خیر

حمام ۱- بلی ۲- خیر

تلفن ثابت ۱- بلی ۲- خیر

آشپزخانه ۱- بلی ۲- خیر

(فضای مستقل به عنوان آشپزخانه/آشپزخانه این به عنوان فضای مستقل در نظر گرفته می شود)

کولر آبی ثابت ۱- بلی ۲- خیر

کولر گازی ثابت ۱- بلی ۲- خیر

(اسپلیت گرمایی و سرمایی مورد قبول است)

شופاژ یا سیستم حرارتی مرکزی ۱- بلی ۲- خیر

اینترنت

۱- بلی ۲- خیر

• در خصوص هر یک از گزینه ها در صورت لزوم مصاحبه کننده توضیحات لازم را ارائه دهد.

۹- کدامیک از لوازم زیر را دارا می باشید؟

تلویزیون رنگی معمولی ۱- بلی ۲- خیر

تلویزیون رنگی LCD/LED ۱- بلی ۲- خیر

یخچال معمولی ۱- بلی ۲- خیر

فریزر ۱- بلی ۲- خیر

یخچال Side by side ۱- بلی ۲- خیر

اجاق گاز فردار ۱- بلی ۲- خیر

جاروبرقی ۱- بلی ۲- خیر

ماشین لباسشویی دوقلو ۱- بلی ۲- خیر

ماشین لباسشویی اتوماتیک ۱- بلی ۲- خیر

ماشین ظرفشویی ۱- بلی ۲- خیر

خشک کن ۱- بلی ۲- خیر

رایانه ۱- بلی ۲- خیر

لپ تاپ ۱- بلی ۲- خیر

تلفن همراه ۱- بلی ۲- خیر

مایکروفر ۱- بلی ۲- خیر

۱۰- شما اغلب برای پخت و پز از چه سوخت مصرفی استفاده می نمایید؟

۱. نفت ۲. گاز ۳. الکتریسیته ۴. هیزم و چوب ۵. سایر

۱۱- شما اغلب برای ایجاد گرمایش منزل از چه سوخت مصرفی استفاده می نمایید؟

۱. نفت ۲. گاز ۳. الکتریسیته ۴. هیزم و چوب ۵. سایر

۱۲- شما برای تهیه آب گرم/ استحمام بیشتر از چه سوخت مصرفی استفاده می نمایید؟

۱. نفت ۲. گاز ۳. الکتریسیته ۴. هیزم و چوب ۵. سایر

- در خصوص هر یک از گزینه ها در صورت لزوم مصاحبه کننده توضیحات لازم را ارایه دهد.

تغذیه

۱- چند وعده غذایی اصلی در روز مصرف می کنید؟

- وعده های اصلی غذایی شامل صبحانه و ناهار و شام می باشد.
- جهت پاسخ دهی به این سوالات یک روز معمولی را در نظر بگیرید که تحت تاثیر مراسمات فرهنگی، مذهبی و سایر رویدادها نبوده باشد.

۲- چند میان وعده در روز مصرف می کنید؟

- جهت پاسخ دهی به این سوالات یک روز معمولی را در نظر بگیرید که تحت تاثیر مراسمات فرهنگی، مذهبی و سایر رویدادها نبوده باشد.

- میان وعده می تواند شامل میوه و سبزی جات، غلات، آجیل، تخمه و تنقلات باشد

۳- هر چند وقت یکبار صبحانه مصرف می کنید؟

۱- هر روز ۲- ۳ تا ۴ روز ۳- ۲ تا ۱ دو روز ۴- هرگز

- باید به صورت واضح از فرد پرسیده شود چند وقت یکبار در هفته وعده غذایی صبحانه را میل می کند.
- جهت پاسخ دهی به این سوالات یک روز معمولی را در نظر بگیرید که تحت تاثیر مراسمات فرهنگی، مذهبی و سایر رویدادها نبوده باشد.

۴- طی یک هفته معمولی، چند روز در هفته میوه مصرف می کنید؟

تعداد روز هرگز

- منظور از هفته معمولی هفته ای است که عادات غذایی در آن تحت تاثیر مراسم های فرهنگی و مذهبی و سایر رویدادها قرار نگرفته باشند.

۵- تعداد واحد میوه در یکی از آن روز ها بیان کنید.

مقدار واحد میوه:

- از شرکت کننده بخواهید مقدار میوه مصرفی در یکی از آن روزها را ذکر کند. جهت نشان دادن اندازه واحد میوه مصرفی راهنما را نشان دهید.

۶- طی یک هفته معمولی، چند روز در هفته سبزیجات مصرف می کنید؟

تعداد روز: هرگز

- منظور از هفته معمولی هفته ای است که عادات غذایی در آن تحت تاثیر مراسم های فرهنگی و مذهبی و سایر رویدادها قرار نگرفته باشند.

۷- مقدار سبزیجات در یکی از آن روزهایی که مصرف می کنید را بیان کنید.

تعداد واحد

- از شرکت کننده بخواهید مقدار میوه مصرفی در یکی از آن روزها را ذکر کند. جهت نشان دادن اندازه واحد سبزیجات مصرفی راهنما را نشان دهید.

۸- هر چند وقت یکبار لبنیات (شامل شیر، ماست، پنیر و دوغ) مصرف می کنید؟

۱- کمتر از یکبار ۲- ۱ تا ۳ بار در ۳- ۱ تا ۳ بار در ۴- ۴ تا ۶ بار در ۵- ۱ تا ۲ بار در ۶- ۳ بار یا بیشتر در ماه یا هرگز هفته هفته هفته روز روز در روز

- منظور ایامی است که عادات غذایی در آن تحت تاثیر مراسم های فرهنگی و مذهبی و سایر رویدادها قرار نگرفته باشند.

۹- اغلب چه نوع لبنیاتی مصرف می کنید؟

کم چرب

پرچرب

محلی

- از فرد پرسیده شود به طور معمول اغلب از چه نوع لبنیاتی استفاده می کند

۱۰- هر چند وقت یکبار گوشت قرمز (مانند گوشت گاو، گوساله، گوسفند، بره، بز و شتر) مصرف می کنید؟

۱- کمتر از یکبار در ماه یا هرگز ۲- ۱ تا ۳ بار در ماه ۳- ۱ تا ۳ بار در هفته ۴- ۴ تا ۶ بار در هفته ۵- ۱ تا ۲ بار در روز ۶- ۳ بار یا بیشتر در روز

- منظور ایامی است که عادات غذایی در آن تحت تاثیر مراسم های فرهنگی و مذهبی و سایر رویدادها قرار نگرفته باشند.

۱۱- هر چند وقت یکبار ماهی مصرف می کنید؟

۱- کمتر از یکبار در ماه یا هرگز ۲- ۱ تا ۳ بار در ماه ۳- ۱ تا ۳ بار در هفته ۴- ۴ تا ۶ بار در هفته ۵- ۱ تا ۲ بار در روز ۶- ۳ بار یا بیشتر در روز

- منظور ایامی است که عادات غذایی در آن تحت تاثیر مراسم های فرهنگی و مذهبی و سایر رویدادها قرار نگرفته باشند.

۱۲- هر چند وقت یکبار گوشت های فرآوری شده (مانند سوسیس، کالباس و ژامبون) مصرف می کنید؟

۱- کمتر از یکبار در ماه یا هرگز ۲- ۱ تا ۳ بار در ماه ۳- ۱ تا ۳ بار در هفته ۴- ۴ تا ۶ بار در هفته ۵- ۱ تا ۲ بار در روز ۶- ۳ بار یا بیشتر در روز

- منظور ایامی است که عادات غذایی در آن تحت تاثیر مراسم های فرهنگی و مذهبی و سایر رویدادها قرار نگرفته باشند.

۱۳- هر چند وقت یکبار برنج مصرف می‌کنید؟

۱- کمتر از یکبار در ماه یا هرگز ۲- ۱ تا ۳ بار در ماه ۳- ۱ تا ۳ بار در هفته ۴- ۴ تا ۶ بار در هفته ۵- ۱ تا ۲ بار در روز ۶- ۳ بار یا بیشتر در روز

• منظور ایامی است که عادات غذایی در آن تحت تاثیر مراسم های فرهنگی و مذهبی و سایر رویدادها قرار نگرفته باشند.

۱۴- هر چند وقت یکبار نان مصرف می‌کنید؟

۱- کمتر از یکبار در ماه یا هرگز ۲- ۱ تا ۳ بار در ماه ۳- ۱ تا ۳ بار در هفته ۴- ۴ تا ۶ بار در هفته ۵- ۱ تا ۲ بار در روز ۶- ۳ بار یا بیشتر در روز

• منظور ایامی است که عادات غذایی در آن تحت تاثیر مراسم های فرهنگی و مذهبی و سایر رویدادها قرار نگرفته باشند.

۱۵- هر چند وقت یکبار غلات کامل (شامل برنج قهوه‌ای، نان با غلات کامل، نان جو، بلغور و ماکارونی سبوس دار) مصرف می‌کنید؟

۱- کمتر از یکبار در ماه یا هرگز ۲- ۱ تا ۳ بار در ماه ۳- ۱ تا ۳ بار در هفته ۴- ۴ تا ۶ بار در هفته ۵- ۱ تا ۲ بار در روز ۶- ۳ بار یا بیشتر در روز

• منظور ایامی است که عادات غذایی در آن تحت تاثیر مراسم های فرهنگی و مذهبی و سایر رویدادها قرار نگرفته باشند.

۱۶- هر چند وقت یکبار نوشیدنی های شیرین (مانند نوشابه، دلستر، نوشیدنی انرژی زا و آبمیوه صنعتی) مصرف می‌کنید؟

۱- کمتر از یکبار در ماه یا هرگز ۲- ۱ تا ۳ بار در ماه ۳- ۱ تا ۳ بار در هفته ۴- ۴ تا ۶ بار در هفته ۵- ۱ تا ۲ بار در روز ۶- ۳ بار یا بیشتر در روز

• منظور ایامی است که عادات غذایی در آن تحت تاثیر مراسم های فرهنگی و مذهبی و سایر رویدادها قرار نگرفته باشند.

۱۷- هر چند وقت یکبار آجیل یا تخمه مصرف می‌کنید؟

۱- کمتر از یکبار در ماه یا هرگز ۲- ۱ تا ۳ بار در ماه ۳- ۱ تا ۳ بار در هفته ۴- ۴ تا ۶ بار در هفته ۵- ۱ تا ۲ بار در روز ۶- ۳ بار یا بیشتر در روز

• منظور ایامی است که عادات غذایی در آن تحت تاثیر مراسم های فرهنگی و مذهبی و سایر رویدادها قرار نگرفته باشند.

۱۸- آیا با چراغ راهنمایی غذایی آشنا هستید؟

بلی خیر

• برای افراد توضیح داده شود که چراغ راهنمایی غذایی یک راهنمای سریع بر روی برچسب محصولات غذایی هستند که به مصرف کننده کمک می‌کنند تا میزان مواد تغذیه‌ای خود را ارزیابی کنند. جهت توضیح چراغ راهنمایی تغذیه‌ای از عکس و راهنما استفاده کنید.

۱۹- آیا در هنگام خرید محصولات غذایی به چراغ راهنمایی غذایی توجه می‌کنید؟

۱- همیشه ۲- اغلب ۳- گاهی اوقات ۴- به ندرت ۵- هرگز

• از شرکت کننده بخواهید یک روز عادی را جهت پاسخ گویی به این سوال در نظر بگیرید.

۲۰- آیا در هنگام خرید محصولات غذایی به جدول حقایق تغذیه ای توجه می کنید؟

۱-همیشه ۲-اغلب ۳-گاهی اوقات ۴-به ندرت ۵-هرگز

• از شرکت کننده بخواهید یک روز عادی را جهت پاسخ گویی به این سوال در نظر بگیرید.

۲۱- آیا در آخرین وعده غذایی نهار یا شام که میل کرده اید، در سر سفره از نمکدان استفاده کرده اید؟
بلی خیر

۲۲- هر چند وقت یکبار هنگام پخت و پز یا هنگام آماده کردن غذا از نمک استفاده می کنید؟

۱-همیشه ۲-اغلب ۳-گاهی اوقات ۴-به ندرت ۵-هرگز

۲۳- هر چند وقت یکبار از غذاهای فرآوری شده پرنمک (مانند خیارشور، ترشی شور، پاپ کرن، پفک، چیپس، سوسیس، کالباس، غذاهای کنسروی) استفاده می کنید؟

۱-همیشه ۲-اغلب ۳-گاهی اوقات ۴-به ندرت ۵-هرگز

• کلیه گزینه ها را مطالعه کنید و جهت اطلاع از انواع غذاهای فرآوری شده راهنما را مطالعه فرمائید.

۲۴- فکر می کنید چه مقدار نمک استفاده می کنید؟

خیلی زیاد زیاد به مقدار مناسب کم خیلی کم

• جهت پاسخ دهی راهنمای مربوط به نمک را مطالعه فرمایید و درست ترین گزینه را انتخاب کنید.

۲۵- آیا فکر می کنید که مصرف مقدار زیاد نمک یا غذاهای شور باعث مشکلی در سلامت می شود؟
بلی خیر

فعالیت بدنی

۱- آیا کار شما به نوعی است که شامل فعالیت با شدت زیاد (که حداقل ۱۰ دقیقه به طور مداوم طول بکشد و موجب افزایش شدید تنفس و ضربان قلب شود). گردد؟ (مانند حمل بارهای سنگین و کارهای ساختمانی، اره کردن چوب، حفاری، آسیاب کردن با دسته هاون، بیل زدن، مربی ورزشهای سنگین، مربی ورزشهای هوازی)

بلی خیر (پرش به سوال ۴)

• منظور فعالیتی است که موجب افزایش شدید تنفس و ضربان قلب شود. (مانند حمل بارهای سنگین و کارهای ساختمانی، اره کردن چوب، حفاری، آسیاب کردن با دسته هاون، بیل زدن، مربی ورزشهای سنگین، مربی ورزشهای هوازی)

۲- چند روز در طول یک هفته معمولی در هنگام کار فعالیت بدنی با شدت زیاد دارید؟
تعداد روز

• منظور از هفته معمولی هفته ای است که کار فرد تحت تاثیر مراسم خاصی مانند مراسم مناسبتی، قومیتی یا مذهبی مانند (عید فطر نوروز قربان غدیر وعاشورا و اربعین و شهادت ائمه و...) قرار نگیرد.
پاسخ باید اعدادی بین یک تا هفت باشد.

۳- در یکی از آن روزها، هنگام کار چه مدت را به فعالیت بدنی با شدت زیاد گذرانده اید؟
ساعت دقیقه

- بپرسید که یک روز معمولی را به خاطر آورد و ببیند در چنین روزی چند دقیقه را به فعالیت های بدنی شدید همراه با افزایش شدید ضربان قلب و تنفس گذرانده است. لازم به ذکر است که این فعالیت شدید باید حداقل ۱۰ دقیقه طول کشیده باشد. در ضمن لازم به ذکر است که حداکثر ساعات تمرین نباید بیش از ۴ ساعت در روز باشد. تعداد ساعات باید با دقت سوال و ثبت شود.

۴- آیا کار شما به نوعی است که شامل فعالیت با شدت متوسط (که حداقل ۱۰ دقیقه به طور مداوم طول بکشد و موجب افزایش خفیف تنفس و ضربان قلب شود). گردد؟ (مانند کارگر نظافت، باغبانی، دوشیدن شیر، تراشیدن چوب، هم زدن سیمان، مراقبت از حیوانات و ...)
بلی خیر (پرش به سوال ۷)

- فعالیت های با شدت متوسط شامل فعالیت هایی است که فقط باعث افزایش خفیف ضربان قلب و تنفس می گردد. البته این فعالیت نیز باید حداقل ۱۰ دقیقه طول بکشد.

۵- چند روز در طول یک هفته معمولی در هنگام کار فعالیت بدنی با شدت متوسط دارید؟
تعداد روز

- منظور از هفته معمولی هفته ای است که کار فرد تحت تاثیر مراسم خاصی مانند مراسم مناسبتی، قومیتی یا مذهبی مانند (عیر فطر نوروز قربان غدیر وعاشورا و اربعین و شهادت ائمه و ..) قرار نگیرد. پاسخ باید اعدادی بین یک تا هفت باشد.

۶- در یکی از آن روزها، هنگام کار چه مدت را به فعالیت بدنی با شدت متوسط گذرانده اید؟
ساعت دقیقه

- از شرکت کننده بپرسید که یک روز معمولی را به خاطر آورد و ببیند در چنین روزی چند دقیقه را به فعالیت های بدنی شدید همراه با افزایش شدید ضربان قلب و تنفس گذرانده است. لازم به ذکر است که این فعالیت شدید باید حداقل ۱۰ دقیقه طول کشیده باشد. در ضمن لازم به ذکر است که حداکثر ساعات فعالیت نباید بیش از ۱۶ ساعت در روز باشد. تعداد ساعات باید با دقت سوال و ثبت شود.

۷- آیا از پیاده روی یا دوچرخه سواری که حداقل ۱۰ دقیقه به صورت مداوم طول کشیده باشد برای رفت و آمد هفتگی خود استفاده می کنید؟

بلی خیر (پرش به سوال ۱۰)

- لطفا یک هفته معمولی را که تحت تاثیر رویداد خاصی نبوده است در نظر بگیرید در ضمن دو چرخه سواری و یا پیاده روی به منظور تفریح مد نظر نیست. این فعالیت باید حداقل ده دقیقه به صورت مداوم انجام شده باشد.

۸- چند روز در یک هفته معمولی، برای رفت و آمد، پیاده روی یا دوچرخه سواری که حداقل ۱۰ دقیقه به طور مداوم طول کشیده باشد، انجام داده اید؟

تعداد روز

- پاسخ باید بین یک تا هفت باشد. منظور از هفته معمولی زمانی است که شرکت کننده درگیر کارهای روزمره و معمول خود می باشد.

۹- در یکی از آن روزها ، برای رفت و آمد چه مدت پیاده روی یا دوچرخه سواری انجام داده اید؟
ساعت دقیقه.

- از شرکت کننده بخواهید یک روز معمولی که به راحتی به یاد می آورد را در نظر بگیرد و ببیند چه مقدار وقت را صرف فعالیت مرتبط با رفت و آمد کرده است. این فعالیت باید حداقل ده دقیقه طول کشیده باشد.

۱۰- آیا هیچگونه فعالیت ورزشی و تفریحی با شدت زیاد که حداقل ۱۰ دقیقه مداوم به طول انجامیده و تنفس و ضربان قلب شما را به شدت افزایش دهد (مثل بازی فوتبال و دویدن سریع ، کوهنوردی، ورزش هوازی، شنای سریع، دویدن سریع) انجام می دهید؟
بلی خیر (پرش به سوال ۱۳)

- دویدن روی تردمیل نیز جزو این موارد محسوب می شود
- فعالیت هایی شدید محسوب می شوند که منجر به افزایش شدید ضربان قلب و تنفس شوند.

۱۱- در هفته معمولی، چند روز فعالیت ورزشی و تفریحی با شدت زیاد انجام داده اید؟

تعداد روز

۱۲- در یکی از آن روزها ، چه مدت فعالیت ورزشی و تفریحی با شدت زیاد انجام داده اید؟

ساعت دقیقه

۱۳- آیا هیچگونه فعالیت ورزشی و تفریحی با شدت متوسط که حداقل ۱۰ دقیقه مداوم به طول انجامیده و تنفس و ضربان قلب شما را اندکی افزایش می دهد (مثل والیبال، شنا معمولی، دوچرخه سواری، یوگا، دویدن غیر سریع) انجام می دهید؟
بلی خیر (پرش به سوال ۱۶)

- دویدن روی تردمیل نیز جزو این موارد محسوب می شود فعالیت هایی که منجر به افزایش خفیفی در شدت ضربان قلب و یا تنفس شوند جز این دسته اند.

۱۴- در هفته معمولی، چند روز فعالیت ورزشی و تفریحی با شدت متوسط انجام داده اید؟

تعداد روز

۱۵- در یکی از آن روزها ، چه مدت فعالیت ورزشی و تفریحی با شدت متوسط انجام داده اید؟

ساعت دقیقه

۱۶- در یک روز معمولی چه مدت زمان را به نشستن گذرانده اید؟ (مانند تماشا کردن تلویزیون، استفاده از کامپیوتر و موبایل و لپ تاپ و تبلت)

ساعت دقیقه

- از شرکت کننده بخواهید مدت زمانی را که در محیط کار و یا حین مطالعه کردن و یا کار با کامپیوتر و یا ساخت صنایع دستی صرف نشستن می کند را بیان کند. در ضمن ساعات خوابیدن شامل این نمی شود.

۱۷- به نظر شما کدامیک از موارد زیر باعث میشود نتوانید ورزش و فعالیت بدنی بیشتری انجام دهید؟

- میزان ورزش و فعالیت بدنی من کافی است و نیازی به افزایش ندارد.

- بیماری، درد، آسیب دیدگی، معلولیت، خستگی و یا شرایط جسمانی نامناسب نمی گذارد من ورزش و فعالیت بدنی انجام دهم.
- به دلیل دغدغه های شغلی و ساعات کاری زیاد، فرصتی برای انجام ورزش و فعالیت بدنی ندارم.
- به دلیل تعهد به خانه و خانواده خود، زمانی برای انجام ورزش و فعالیت بدنی ندارم.
- اوقات فراغت خود را صرف فعالیت های نشستنی مثل فضای مجازی، بازی های کامپیوتری، تماشای تلویزیون و ... میکنم.
- به علت وضعیت اقتصادی نامناسب و هزینه های بالای ورزش و فعالیت بدنی قادر به انجام آنها نیستم.
- مکان مناسب برای انجام ورزش و فعالیت بدنی مثل پارک، مسیر پیاده روی و دوچرخه سواری و اماکن ورزشی در نزدیکی من وجود ندارد.
- مکان های مناسب برای انجام ورزش و فعالیت بدنی امن نیستند.
- نمیدانم چگونه باید ورزش و فعالیت بدنی انجام دهم.
- ورزش و فعالیت بدنی بی فایده است و انگیزه ای برای انجام آن ندارم.
- باورهای اجتماعی و مسائل فرهنگی در سطح جامعه و اطرافیانم مانع از انجام ورزش و فعالیت بدنی میشود.
- امکان انتخاب چند گزینه وجود دارد

سابقه فشار خون بالا

- ۱- آیا تاکنون پزشک یا کارمند بهداشتی درمانی، فشار خون شما را اندازه گیری کرده است ؟
بلی خیر (پرش به سوال ۹)
- منظور از " تا کنون " کل زندگی فرد است. فقط مواردی را ذکر کنید که توسط یک پزشک یا کارمند بهداشتی اندازه گیری شده است. در ضمن کلیه کادر بهداشت و درمان جز کارمندان بهداشتی در نظر گرفته می شوند.
- ۲- آیا تاکنون پزشک یا کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که فشار خونتان بالاست یا بیماری فشار خون بالا دارید؟
بلی خیر (پرش به سوال ۹)
- منظور از " تا کنون " کل زندگی فرد است. فقط برای افرادی که تشخیص فشار خون را برای آنها گذاشته اند.
- ۳- آیا طی ۱۲ ماه گذشته پزشک یا کارمند بهداشتی درمانی برای اولین بار به شما گفته است که فشار خونتان بالاست یا بیماری فشار خون بالا داری؟
بلی خیر
- هدف از این سوال یافتن مواردی است که طی ۱۲ ماه اخیر برای آنها تشخیص گذاشته است.
- ۴- آیا تا کنون پزشک به علت فشار خون بالا برای شما دارو تجویز کرده است ؟
بلی خیر (پرش به سوال ۷)
- منظور از " تا کنون " کل زندگی فرد است. فقط داروهایی که برای فشار خون بالا توسط پزشک یا کارمندان بهداشتی تجویز شده است را در نظر داشته باشید.
- ۵- آیا در حال حاضر، برای کنترل فشارخون دارو مصرف می کنید؟
بلی خیر (پرش به سوال ۷)

- منظور از "حال حاضر" ۱۲ ماه اخیر می باشد. فقط داروهایی که برای فشار خون بالا توسط پزشک یا کارمندان بهداشتی تجویز شده است را در نظر داشته باشید.

۶- چه دارو یا دارو هایی برای کنترل فشار خون خود استفاده می کنید؟

- دیورتیک ها (مانند تریامترن اچ -هیدروکلروتیازید ها-اسپیرونولاکتون -فورزوماید -لازیکس)
- بلوک کننده های سمپاتیک (مانند آتنولول -پرازوسین- پروپرانولول -ایندرال-کارودیلول)
- شل کننده عروق (مانند بلوک کننده کانال کلسیمی مثل آمیلودیپین و نیفیدیپین یا نیتروپروساید سدیم)
- مهارکننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین (مانند انالاپریل ، لوزارتان ،والزارتان)
- متیل دوپا
- دارو های ترکیبی
- سایر
- عدم توانایی خواندن نام دارو

- ترجیحا داروی بیمار توسط پرسشگر مشاهده گردد و نام ژنریک آن ثبت گردد.
- اسامی تجاری:

تریامترن اچ: تریامترن اچ

هیدروکلروتیازید: دیورزید، هیدروکلروتیازید

اسپیرونولاکتون: اسلاکتون، اسپیداکتون

فورزوماید: فورزوماید، ام دی فورزوماید، لازیکس

اتنولول: هیپرس، اتنوکیم، اکتولول، اتنولول

پرازوسین: رازوپراسین

پروپرانولول: پرنول، پروپراتد، ایندرال

کارودیلول: آپو کارودیلول، کارویمود، کارویدال، کارویلول، کاردیلکس، کاردول، سوکاردیل، کوریول، آپو کارودیلول، اینوتیو،

آمیلودیپین: آملوفار، آملوژین، آملوبر، آنژیوواسک، نورواسک، نورمودیپین، آملوتد، مداوسک، نورواسک، نورمودیپین، کاردیواسک،

آملوتیدی، آملوپرس، نوروین

نیفیدیپین: نیفی ژل، زانیفد، ادالات ال

نیتروپروساید سدیم: نیپروس، نیتریات

انالاپریل: رازوانالاپریل، اناپریل

لوزارتان: لوستار، لوتنسین، پوزارکس، لوزن، لوزار، لوزاتن، لوزامد، کاردیوزان، لوزاور، کاردیوسان

والزارتان: آدووان، والزار، والزارکس، دیووان، والزامین، وازاران، والساکور، وال وان

متیل دوپا: متیل دوپا

۷- آیا شما تا کنون برای بیماری فشار خون بالا یا افزایش فشار خون خود به اطبا ی سنتی مراجعه نموده اید؟

بلی خیر

- منظور از "تاکنون" کل زندگی فرد می باشد.

۸- آیا شما در حال حاضر داروی سنتی یا گیاهی برای کنترل فشار خون خود مصرف می نمایید؟

بلی خیر

- منظور از "حال حاضر" ۱۲ ماه اخیر می باشد.

- ۹- آیا در منزل وسیله اندازه‌گیری فشارخون (فشارسنج) دارید؟
- برای شرکت‌کننده در مورد دستگاه فشارسنج توضیح داده می‌شود.
 - لطفاً به زمان ذکر شده در سوالات توجه شود.

سابقه دیابت

- ۱- آیا تاکنون قند خون شما توسط پزشک یا کارمند بهداشتی درمانی، اندازه‌گیری شده است؟
- بلی خیر (پرش به سوال ۱۵)
- منظور از "تاکنون" کل زندگی فرد است. فقط مواردی را ذکر کنید که توسط یک پزشک یا کارمند بهداشتی اندازه‌گیری شده است. رد ضمن کلیه کادر بهداشت و درمان جز کارمندان بهداشتی در نظر گرفته می‌شوند.
- ۲- آیا تاکنون پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که قند خونتان بالاست یا دیابت دارید؟
- بلی خیر (پرش به سوال ۱۵)
- منظور از "تاکنون" کل زندگی فرد است. فقط برای افرادی که تشخیص دیابت را برای آنها گذاشته‌اند.
- ۳- آیا طی ۱۲ ماه گذشته پزشک یا کارمند بهداشتی درمانی برای اولین بار به شما گفته است که قند خونتان بالاست یا بیماری دیابت دارید؟
- بلی خیر
- هدف از این سوال یافتن مواردی است که طی ۱۲ ماه اخیر برای آنها تشخیص گذاشته است.
- ۴- آیا تاکنون پزشک به علت قند خون بالا برای شما دارو (شامل داروهای خوراکی یا انسولین) تجویز کرده است؟
- بلی خیر (پرش به ۱۱)
- منظور از "تاکنون" کل زندگی فرد است. فقط داروهایی که برای فشار خون بالا توسط پزشک یا کارمندان بهداشتی تجویز شده است را در نظر داشته باشید.
- ۵- آیا در حال حاضر به علت دیابت یا قند خون بالا، داروی کاهش قند خون (شامل داروهای خوراکی یا انسولین) مصرف می‌کنید؟
- بلی خیر (پرش به ۱۱)
- منظور از در حال حاضر طی ۱۲ ماه اخیر است.
- ۶- آیا شما داروی غیر انسولینی (خوراکی یا تزریقی) برای کاهش قند خون خود مصرف می‌کنید؟
- بلی خیر (پرش به ۸)
- ۷- چه داروی غیر انسولینی (خوراکی یا تزریقی) برای کاهش قند خون خود استفاده می‌کنید؟
- بی‌گوانیدها (مانند متفورمین)
 - سولفونیل‌اوره‌ها (مانند گلی‌بن‌گلامید، گلیکلازید)
 - مگلیتینیدها (مانند ریپا‌گلیناید)
 - تیازولیدون‌ها (مانند پیو‌گلیتازون)
 - مهارکننده‌های آلفا‌گلوکوزیداز (مانند آکاربوز)

- آنالوگ پپتیدی (مانند سپتاگلیپتین)
- پپتید گلوکاگون نوع ۱ (ویکتوزا)
- عدم توانایی خواندن نام دارو
- ترجیحا داروی بیمار توسط پرسشگر مشاهده گردد و نام ژنریک آن ثبت گردد.
- اسامی تجاری دارو:
- متفورمین: واریومت، دیگامت، گلای وانس، اسلومت، متلین، نودپاکس، متفیدکس، گلوکوفاز ایکس، گلوکودر، متفوکسیر، گلومت، متفورتکس، متور، رهامت، بروت، گلوکوفاز، متگلیندین، متفورباوکس، متفوربت
- گلی بن گلامید: گلیبوتکس، گلی مد، آپوگیبوراید، ملیکس، دائونیل
- گلیکلایزید: کلایزکس، دیبایزید، دیامیکرون ام ار، گلیزیتکس، زیدامد
- رپا گلیناید: گلیرز، پراگلیناید، نوونورم، رپاگلینید، رپاگین، نیوبت، رپاگلینید
- پیو گلینتازون: دیادر، گلو تازون، دیاکت، پیتوز، گلو تازون، گلینتوز، پیو گزار
- آکاربوز: آکارمکس، آکاربکس، گلوکوبای، گلوکونورم

۸- آیا شما از انسولین استفاده می کنید؟

بلی خیر

۹- چه انسولینی مصرف می کنید؟

- سریع اثر (مانند ASPART, GLULISIN)
- کوتاه اثر (مانند REGULAR HUMULIN یا NOVOLIN)
- متوسط اثر (مانند NPH)
- طولانی اثر (مانند GLARGINE یا LANTUS ، DETEMIR یا LEVEMIR)
- مخلوط (مانند Novomix, NOVOLINE 70/30, NOVOLOG 70/30)
- ترجیحا انسولین تزریقی بیمار توسط پرسشگر مشاهده گردد و نام ژنریک آن ثبت گردد.
- در ضمن برخی از مردم انسولین ها را با رنگ می شناسند به این صورت که منظور از قلم نارنجی regular و منظور از قلم توسی NPH می باشد.

۱۰- آیا از قلم انسولین/پن انسولین (PEN) استفاده می کنید؟

بلی خیر

۱۱- از چه سنی دیابت شما تشخیص داده شده است؟

□ □ سالگی

● در صورتی که فرد سن دقیق را به خاطر نمی آورد می توانید بپرسید چند سال یا ماه قبل بوده است.

۱۲- آیا تا به حال دچار افت قند خون (هایپوگلیسمی) شده اید؟

بلی خیر

● منظور از تا کنون کل زندگی فرد می باشد.

- منظور از افت قند، حالت گیجی، سیاهی رفتن جلو چشم، سبکی سر، و حتی کاهش هوشیاری به دنبال مصرف داروی کاهنده قند خون می باشد

۱۳- آیا شما تا کنون برای بیماری دیابت یا افزایش قند خون خود به اطبای سنتی مراجعه نموده اید؟
بلی خیر

- منظور از تا کنون کل زندگی فرد می باشد.

۱۴- آیا شما در حال حاضر داروی سنتی یا گیاهی برای کنترل قند خون خود مصرف می نمایید؟
بلی خیر

- منظور از در حال حاضر ۱۲ ماه اخیر می باشد.

۱۵- آیا در منزل وسیله اندازه گیری قند خون (گلوکومتر) دارید؟
بلی خیر

- برای شرکت کننده در مورد دستگاه اندازه گیری قند خون (گلوکومتر) توضیح داده می شود.

سابقه کلسترول تام بالا

۱. آیا تاکنون کلسترول شما توسط پزشک یا کارمند بهداشتی درمانی، اندازه گیری شده است؟*
بلی خیر (پرش به پرسشنامه بعد)

- منظور *Total cholesterol* است. فقط مواردی که توسط پزشک یا کارمند بهداشتی اندازه گیری شده است را گزارش کنید

۲. آیا تاکنون پزشک یا کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که میزان کلسترول خونتان بالاست؟*

بلی خیر (پرش به پرسشنامه بعد)

- فقط مواردی که توسط پزشک یا کارمند بهداشتی بیان شده است را گزارش کنید.

۳. - آیا طی ۱۲ ماه گذشته پزشک یا کارمند بهداشتی درمانی برای اولین بار به شما گفته است که کلسترول خونتان بالاست؟*

بلی خیر

- فقط شرکت کنندگانی که تشخیص کلسترول بالا برای آنها گذاشته شده است.

۴. آیا تاکنون پزشک به علت کلسترول خون بالا برای شما داروی خوراکی تجویز کرده است؟*

بلی

خیر (پرش به سوال ۷)

- منظور از تا کنون کل زندگی فرد می باشد.

۵. - آیا در حال حاضر، به علت کلسترول خون بالا داروی خوراکی مصرف می کنید؟*

بلی

خیر (پرش به سوال ۷)

- منظور از در حال حاضر ۱۲ ماه اخیر می باشد.

۶. چه دارو یا دارو هایی برای کاهش کلسترول خون خود استفاده می کنید؟*

○ دارو های متصل شونده به اسید ها ی صفراوی (مانند کلستیرامین)

○ اسید نیکوتینیک یا نیاسین

○ مهار کنند آنزیم HM-COA ردوکتاز (مانند لووستاتین، سیمواستاتین، آتورواستاتین، رزوستاتین)

○ عدم توانایی خواندن نام دارو

- لطفا دارو ها را مشاهده و نام ژنریک آنها که در زیر نام تجاری به صورت کوچک بیان شده را مبنای انتخاب خود قرار دهید.

- اسامی تجاری داروها:

نیکوتینیک اسید یا نیاسین

لووستاتین: لووستاتین، لیپوستین، لوواسترو

سیمواستاتین: سیمواسترو، فارم واستاتین، سیمواهگزال

آتورواستاتین: آتوکیم، آتوسترول، آتوواست، لیپاستین، لیپیمد، تیداتور، بایوتور، لیپوفلکس، تیداتور، آتورکسین، لیپوفلکس، لیپیکات

رزواستاتین: رزورکسین، رزوکل، رویکسون، روسوتین، آمیستور، مینکور، بایورز، روزوتکس، لیپروز، رزوکسل، رزال،

روستاتین، روزانا، لیپومیس، کرستوسد، رووستات، آریستاتین، رزامکس، رزوکسون، رزوکل

۷. آیا شما تا کنون برای کلسترول خون بالای خود به اطبا ی سنتی مراجعه نموده اید؟*

بلی

خیر

- منظور از تا کنون کل زندگی فرد می باشد.

۸. آیا شما در حال حاضر داروی سنتی یا گیاهی برای کنترل کلسترول خون بالای خود مصرف می نمایید؟*

بلی

خیر

- منظور از در حال حاضر ۱۲ ماه اخیر می باشد.

سابقه بیماریهای قلبی عروقی

۱. آیا تا به حال پزشک یا کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که دچار سکته قلبی شده اید؟*

بلی خیر (پرش به سوال ۳)

• منظور از این سوال کل زندگی فرد است.

۲. آیا اولین باری که دچار سکته قلبی شدید در ۱۲ ماه گذشته بوده است؟*

بلی خیر

• هدف از پرسیدن این سوال این است که دریابیم که آیا اولین سکته فرد در طول ۱۲ ماه اخیر بوده است یا نه.

۳. آیا تا به حال پزشک یا کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که دچار سکته مغزی شده اید؟*

بلی خیر (پرش به سوال ۵)

• منظور از این سوال کل زندگی فرد است.

۴. آیا در ۱۲ ماه گذشته این اتفاق برای اولین بار برای شما افتاده است؟*

بلی خیر

• هدف از پرسیدن این سوال این است که دریابیم که آیا اولین سکته فرد در طول ۱۲ ماه اخیر بوده است یا نه.

۵. آیا در حال حاضر برای پیشگیری یا درمان بیماری قلبی، استاتین (لوستاتین، سیمواستاتین، آترواستاتین و سایر استاتین ها) مصرف می کنید؟*

بلی خیر

• منظور از حال حاضر ۱۲ ماه اخیر می باشد و مصرف مرتب و روزانه دارو مورد نظر می باشد.

۶. آیا در حال حاضر برای پیشگیری یا درمان بیماری قلبی آسپرین مصرف می کنید؟*

بلی خیر

• منظور از حال حاضر ۱۲ ماه اخیر می باشد و مصرف مرتب و روزانه دارو مورد نظر می باشد.

۷. آیا بیش از یک نفر از افراد درجه یک خانواده شما (شامل خود شما، پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزندان) توسط پزشک، سکته قلبی زودرس (زیر ۴۵ سال برای آقایان و زیر ۵۵ سال برای خانمها) تشخیص داده شده اند و یا تحت عمل جراحی بالون یا فنر قرار گرفته اند؟*

بلی خیر

- در صورتی که خود فرد و یکی از افراد درجه یک خانواده دارای تشخیص سکته قلبی زودرس باشند یا اگر خود فرد سالم باشد ولی بیش از یک نفر از افراد درجه یک خانواده فرد دارای تشخیص سکته قلبی زودرس باشند، گزینه «بلی» درج شود.
- تعریف سکته قلبی زودرس: تشخیص سکته قلبی توسط پزشک در سن ≥ 45 سال در آقایان و سن ≥ 55 سال در خانم ها
- تعریف سکته قلبی زودرس دارای عامل خطر ژنتیک: وجود حداقل دو مورد سکته قلبی زودرس در خانواده درجه یک فرد شامل خود فرد، پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزندان)
- هدف از این سوال یافتن موارد سکته قلبی زودرس دارای عامل خطر ژنتیک است

سابقه سایر بیماری های دارای اهمیت

۱. آیا در ۱۲ ماه گذشته پزشک یا کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که دچار سرطان شده اید؟*

بلی	خیر
-----	-----

 - فقط مواردی که توسط پزشک یا کارمند بهداشتی بیان شده است را گزارش کنید.
۲. آیا تا به حال پزشک یا کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که دچار آسم و یا بیماری ریوی انسدادی مزمن شده اید؟*

بلی	خیر
-----	-----

 - فقط مواردی که توسط پزشک یا کارمند بهداشتی بیان شده است را گزارش کنید
۳. آیا در ۱۲ ماه گذشته پزشک یا کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که دچار آسم و یا بیماری ریوی انسدادی مزمن شده اید؟*

بلی	خیر
-----	-----

 - فقط مواردی که توسط پزشک یا کارمند بهداشتی بیان شده است را گزارش کنید.
۴. آیا یائسه شده اید؟*

بلی	خیر (پرش به سوال ۶) عمل خارج نمودن رحم داشته ام (پرش به سوال ۶)
-----	--

 - فقط از خانم ها پرسیده می شود و در صفحه برای آقایان باز نمی شود
۵. در چه سنی یائسه شده اید؟*

.....سال
۶. آیا طی ۳ ماه گذشته دندان درد یا درد در حفره دهان خود داشته اید؟*

بلی	خیر
-----	-----
۷. آیا هنگام غذا خوردن یا مسواک زدن یا استفاده از نخ دندان لثه هایتان خونریزی کرده است؟*

بلی	خیر
-----	-----

توصیه های سبک زندگی

۱. کدامیک از موارد زیر طی ۱۲ ماه گذشته توسط پزشک یا کارمند بهداشتی درمانی، در راستای اصلاح سبک زندگی به شما توصیه شده است ؟ *

ترک مواد دخانی	بلی	خیر
کاهش مصرف نمک	بلی	خیر
مصرف روزانه میوه و یا سبزیجات	بلی	خیر
کاهش مصرف چربی در رژیم غذایی	بلی	خیر
مصرف کم مواد فرآوری شده و گوشت قرمز	بلی	خیر

• منظور سوسپیس کالباس و غذاهای کنسروی می باشد

افزایش مصرف ماهی	بلی	خیر
افزایش مصرف نان سبوس دار و کربوهیدرات سالم	بلی	خیر
کاهش مصرف مواد قندی	بلی	خیر
انجام یا افزایش ورزش یا فعالیت بدنی	بلی	خیر
کاهش وزن یا حفظ وزن بدن در حد طبیعی	بلی	خیر

• از شرکت کننده بخواهید فقط مواردی را ذکر کند که توسط پزشک یا کارمند بهداشتی ذکر شده است

سوالات بعد در مورد سلامت شما در حال حاضر است . برای هر یک از ۵ گروه حالاتی ذکر شده است . شماره ی حالتی را که سلامت امروز شما را بهتر توصیف می کند مشخص کنید.

۲. حرکت در محیط اطراف *

- من برای حرکت در محیط اطراف خودم مشکلی ندارم
- من برای حرکت در محیط اطراف خودم تا اندازه ای مشکل دارم
- من زمین گیر شده ام و نمی توانم در محیط اطراف خودم حرکت کنم

• لطفا وضعیت خود را در حال حاضر بیان کنید.

۳. مراقبت از خود *

- من برای مراقبت از خودم مشکلی ندارم
- من برای شست و شوی خودم (استحمام و دستشویی) و تعویض لباس هایم تا اندازه ای مشکل دارم
- من قادر به شست و شوی خودم (استحمام و دستشویی) و تعویض لباس هایم نیستم

• لطفا وضعیت خود را در حال حاضر بیان کنید.

۴. فعالیت های معمول (شامل کار، کار های خانه ، امور مرتبط به خانواده ، اوقات فراغت) *

- من برای انجام فعالیت های معمول خودم مشکلی ندارم
- من برای انجام فعالیت های معمول خودم تا اندازه ای مشکل دارم
- من قادر به انجام فعالیت های معمول خودم نیستم

• لطفا وضعیت خود را در حال حاضر بیان کنید.

۵. درد/ناراحتی جسمانی *

- من هیچ گونه درد یا ناراحتی ندارم
- من تا اندازه ای درد و ناراحتی دارم
- من بیش از حد درد و ناراحتی دارم

• لطفا وضعیت خود را در حال حاضر بیان کنید.

۶. اضطراب و افسردگی *

- من مضطرب یا افسرده نیستم
- من تا اندازه ای مضطرب یا افسرده هستم
- من بیش از اندازه مضطرب یا افسرده هستم

• لطفا وضعیت خود را در حال حاضر بیان کنید.

۷. حالا من می خواهم شما به من بگویید که نظرتان درباره ی سلامت امروزتان چیست؟ در این مقیاس بهترین حالت سلامتی

قابل تصور ۱۰۰ و بدترین حالت معادل صفر است. نظر خود را در این مورد اعلام کنید*

.....

• اعداد بین صفر تا ۱۰۰ انتخاب شود

غربالگری سرطان مردان

۱. کدامیک از تست های غربالگری را تا به حال انجام داده اید ؟ *

تست غربالگری سرطان روده بلی خیر نمی داند

• غربالگری سرطان روده با کولونوسکوپی انجام می گیرد

تست غربالگری پروستات بلی خیر نمی داند

غربالگری سرطان خانم ها

۱. کدامیک از تست های غربالگری را تا به حال انجام داده اید ؟ *

تست غربالگری سرطان دهانه رحم بلی خیر نمی داند

- غربالگری سرطان دهانه رحم با *pap smear and Human Papillomavirus (HPV) test* انجام می گیرد. این سوال فقط از زنان پرسیده شود. این تست همان پاپ اسمیر است.

تست غربالگری سرطان پستان (ماموگرافی)	بلی	خیر	نمی داند
تست غربالگری سرطان روده	بلی	خیر	نمی داند

- غربالگری سرطان روده با کولونوسکوپی انجام می گیرد

۲. آیا تا به حال واکسن HPV به منظور پیشگیری از سرطان دهانه رحم دریافت کرده اید؟*

بلی خیر

حوادث:

۱. آیا در ۱۲ ماه گذشته حادثه ای برای شما اتفاق افتاده است که منجر به آسیب جسمی برای شما شده باشد؟ *

بلی خیر (پرش به سوال ۶)

- لطفاً به زمان ذکر شده در سوالات توجه شود. منظور یک حادثه، سانحه یا تصادف، مشخص، ناگهانی و غیرقابل پیش بینی است که منجر به آسیب فیزیکی شود.

- توجه: اگر فرد ذکر نماید که بیش از یک بار چنین تجربه ای داشته است، معیار ما آخرین باری است که فرد حادثه داشته است.

۲. آیا این آسیب منجر به دریافت خدمات پزشکی سرپایی شده است؟ *

بلی خیر (پرش به سوال ۶)

- معیار پاسخ گویی به این سوال آخرین باری است که فرد دچار حادثه شده است.

۳. آیا این آسیب منجر به دریافت خدمات بستری شده است؟ *

بلی خیر (پرش به سوال ۶)

- معیار پاسخ گویی به این سوال آخرین باری است که فرد دچار حادثه شده است.

۴. در آخرین بار، نوع حادثه چه بوده است؟ *

- ترافیکی
- سوختگی
- سقوط و زمین خوردن
- غرق شدگی
- برق گرفتگی
- مسمومیت غیر عمدی
- خودکشی
- خشونت
- گزش مار و عقرب
- حمله حیوانات
- ضربه

○ سایر موارد.....

● در صورت انتخاب گزینه سایر موارد، نوع حادثه توسط پرسشگر نوشته شود.

۵. آسیب رخ داده به چه نحو پیش رفته است؟

○ آسیب رخ داده در کمتر از یک ماه بهبود پیدا کرده است

○ آسیب رخ داده بین یک ماه تا ۶ ماه بهبود پیدا کرده است

○ آسیب رخ داده بین ۶ ماه تا ۱۲ ماه بهبود پیدا کرده است

○ آسیب رخ داده بهبود پیدا نکرده است

۶. آیا در ۱۲ ماه گذشته برای مسافرت درون شهری از خودرو سواری (شخصی یا وسیله نقلیه عمومی) استفاده نموده اید؟*

بلی خیر (پرش به سوال ۹)

● تاکسی و آژانس و اسنپ و سایر خودروهای سواری که در داخل شهر استفاده شده اند شامل این سوال می شود.

۷. آیا در آخرین باری که در صندلی های جلوی خودرو نشسته اید (به عنوان راننده و یا سرنشین) از کمر بند ایمنی استفاده کرده اید؟*

بلی خیر

● دقت کنید که منظور آخرین بار در مسافرت درون شهری است.

۸. آیا در آخرین باری که در صندلی های عقب خودرو نشسته اید از کمر بند ایمنی استفاده کرده اید؟*

بلی خیر

● دقت کنید که منظور آخرین بار در مسافرت درون شهری است و درباره صندلی عقب پرسیده شده است.

۹. آیا در ۱۲ ماه گذشته برای مسافرت برون شهری از خودرو سواری استفاده نموده اید؟*

بلی خیر (پرش به سوال ۱۲)

● تاکسی و آژانس و اسنپ و سایر خودروهای سواری که در خارج شهر استفاده شده اند شامل این سوال می شود.

۱۰. آیا در آخرین باری که در صندلی های جلوی خودرو نشسته اید (به عنوان راننده و یا سرنشین) از کمر بند ایمنی استفاده کرده اید؟*

بلی خیر مسافرت برون شهری نداشته ام

● دقت کنید که منظور آخرین بار در مسافرت برون شهری است.

۱۱. آیا در آخرین باری که در صندلی های عقب خودرو نشسته اید از کمر بند ایمنی استفاده کرده اید؟*

بلی خیر مسافرت برون شهری نداشته ام

● دقت کنید که منظور آخرین بار در مسافرت برون شهری است.

۱۲. در صورت داشتن نوزاد یا کودک، در آخرین بار حین استفاده از خودرو؛ از صندلی خودرو کودک یا نوزاد مناسب سن آنان استفاده کرده‌اید؟*

بلی خیر کودک یا نوزاد ندارم

۱۳. آیا در ۱۲ ماه گذشته سوار موتور سیکلت شده‌اید؟ *

بلی خیر (پرش به پرسشنامه بعد)

• دقت کنید که این سوال در مورد ۱۲ ماه گذشته می باشد.

۱۴. آیا در آخرین باری که با موتورسیکلت تردد کرده‌اید (به عنوان راننده یا همراه) از کلاه ایمنی استفاده نموده‌اید؟

۱- بلی ۲- خیر

• دقت کنید که این سوال در مورد آخرین بار می باشد.

۱۵. نوع کلاه ایمنی مورد استفاده خود را مشخص فرمائید:

- کلاه تمام رخ
- کلاه سه ربعی (جلوباز)
- کلاه هایی با پوشش کمتر از سه ربع

۳	۲	۱
کلاه هایی با پوشش کمتر از سه ربع	کلاه سه ربعی (جلوباز)	کلاه تمام رخ
		

استعمال دخانیات (با توجه به پیچیدگی پرش ها ، داخل خود هر سوال توضیح داده شده که کی سوال می شود)

- توجه شود که سوالات استعمال دخانیات از هر دو جنس زن و مرد پرسیده می شود و محدود به مردان نیست.
- در سوالات این بخش به زمان ذکر شده در هر پرسش توجه شود.

- در صورتیکه تمایل به پاسخ دادن به سوال ندارد کد ۷۷۷۷ درج می شود ولی تلاش گردد با استفاده از اصول پرسشگری از بروز این حالت پیشگیری کرد زیرا موجب از دست دادن اطلاعات حائز اهمیتی خواهد شد.
- مواد دخانی شامل سیگار (هر نوع سیگار کارخانه ای یا دست پیچ، سیگار برگ)، قلیان، پیپ یا انواع تنباکوهای بدون دود (شامل جویدنی، انفیه ای یا مکیدنی مثل ناس و پان پراک می باشد).
- این سوالات در سه حیطة: حال، گذشته، در معرض دود فرد ثالث پرسیده می شود .

۱. آیا تاکنون مواد دخانی شامل سیگار (هر نوع سیگار کارخانه ای یا دست پیچ، سیگار برگ) یا قلیان یا پیپ/چپق یا انواع تنباکوهای بدون دود (شامل جویدنی، انفیه ای یا مکیدنی مثل ناس و پان پراک) و یا سیگار الکترونیک مصرف کرده اید؟*

بلی خیر (پرش به سوال ۳۴)

- منظور از "تا کنون" مصرف مواد دخانی در کل زندگی فرد می باشد.
- معیار مصرف انواع مختلف دخانیات به صورت زیر می باشد:
- سیگار: ۱۰۰ نخ در کل زندگی
- قلیان: ۱۰ بار
- پیپ یا چپق: ۱۰ بار
- انواع تنباکوهای بدون دود: ۱۰ بار
- سیگار الکترونیک: ۱۰۰ بار

۲. کدام یک از موارد زیر را تا به حال مصرف کرده اید؟ *

- سیگار
- قلیان
- پیپ/ چپق
- انواع تنباکوهای بدون دود (شامل جویدنی، انفیه ای یا مکیدنی مثل ناس و پان پراک)
- سیگار الکترونیک

هر کدام را که در حال حاضر یا گذشته با معیار مصرف زیر استفاده شده علامت بزنید

- معیار مصرف انواع مختلف دخانیات به صورت زیر می باشد:
- سیگار: ۱۰۰ نخ در کل زندگی
- قلیان: ۱۰ بار
- پیپ یا چپق: ۱۰ بار
- انواع تنباکوهای بدون دود: ۱۰ بار
- سیگار الکترونیک: ۱۰۰ بار

۳. آیا در حال حاضر مواد دخانی مصرف می کنید؟*

بلی خیر (پرش به سوال ۲۲ به بعد)

- توجه شود که منظور از "در حال حاضر" ۱۲ ماه گذشته است. چه هر روز مصرف کرده باشد و چه گه گاهی، پاسخ این سوال بلی می باشد

۴. کدام یک از موارد زیر را در حال حاضر مصرف می کنید؟*

- سیگار
- قلیان
- پیپ/چپق
- انواع تنباکوهی بدون دود (شامل جویدنی، انفیه‌ای یا مکیدنی مثل ناس و پان پراک)
- سیگار الکترونیک

• توجه شود در نرم افزار تنها مواردی که انتخاب می شود سوال در حال حاضر پرسیده می شود و بقیه موارد انتخاب شده در سوال ۲ در گذشته به صورت اتوماتیک سوال می شود .

• توجه شود که منظور از "در حال حاضر" ۱۲ ماه گذشته است. چه هر روز مصرف کرده باشد و چه گه گاهی، پاسخ این سوال بلی می باشد. در هر یک از انواع مواد دخانی ، مقدار مصرف ابتدا به صورت روزانه پرسیده شده و در صورتیکه فرد میزان مصرف روزانه را نمی دانست به ترتیب ابتدا مقدار مصرف ماده دخانی در هفته و مجددا در صورت ندانستن پاسخ میزان مصرف در ماه پرسیده می شود. بدین ترتیب تنها میزان مصرف در واحد زمانی ای که فرد دقیق بیان می نماید تکمیل می گردد.

• در صورتیکه یکی از گزینه های روزانه یا هفتگی یا ماهیانه انتخاب شود سایر موارد غیر فعال می گردند

• حداکثر نخ روزانه سیگار ۸۰ نخ یا ۴ پاکت می باشد . حداکثر مصرف قلیان روزانه ۱۰ بار مصرف می باشد (منظور از هر بار مصرف قلیان دست به دست شدن یک قلیان نمی باشد بلکه منظور مصرف مستقل یک قلیان می باشد)

• در صورتی که فرد مصرف نمی کند به جای خالی گذاشتن آیتم مورد نظر جلوی آن صفر بگذارد.

۵. در حال حاضر چند نخ سیگار مصرف می کنید ؟ (تنها یکی از گزینه ها تکمیل شود) *

ماهانه

هفتگی

روزانه

• در صورتیکه گزینه سیگار در حال حاضر تیک بخورد این سوال پرسیده می شود

۶. در حال حاضر چند بار قلیان مصرف می کنید ؟ (تنها یکی از گزینه ها تکمیل شود) *

ماهانه

هفتگی

روزانه

• در صورتیکه گزینه قلیان در حال حاضر تیک بخورد این سوال پرسیده می شود

۷. در حال حاضر چند بار پیپ/چپق مصرف می کنید ؟ (تنها یکی از گزینه ها تکمیل شود) *

ماهانه

هفتگی

روزانه

• در صورتیکه گزینه پیپ/چپق در حال حاضر تیک بخورد این سوال پرسیده می شود

۸. در حال حاضر چند بار انواع تنباکو بدون دود مصرف می کنید ؟ (تنها یکی از گزینه ها تکمیل شود) *

ماهانه

هفتگی

روزانه

• در صورتیکه گزینه انواع تنباکو بدون دود در حال حاضر تیک بخورد این سوال پرسیده می شود

۹. در حال حاضر چند بار سیگار الکترونیک مصرف می کنید ؟ (تنها یکی از گزینه ها تکمیل شود) *

ماهانه

هفتگی

روزانه

• در صورتیکه گزینه سیگار الکترونیک در حال حاضر تیک بخورد این سوال پرسیده می شود

۱۰. - از چه سنی برای اولین بار مصرف سیگار را آغاز کرده اید؟*

- کمتر از یکسال عدد صفر وارد می شود
- این سوال فقط از کسانی پرسیده شود که در حال حاضر سیگار می کشند. بپرسید زمانی که مصرف دخانیات را آغاز کرد دقیقاً چند سال سن داشت. از ۵ سالگی تا سن فعلی فرد قابل قبول است .
- در صورتیکه گزینه سیگار در حال حاضر تیک بخورد این سوال پرسیده می شود

۱۱. از چه سنی برای اولین بار مصرف قلیان را آغاز کرده اید؟*

- کمتر از یکسال عدد صفر وارد می شود
- این سوال فقط از کسانی پرسیده شود که در حال حاضر قلیان می کشند. بپرسید زمانی که مصرف قلیان را آغاز کرد دقیقاً چند سال سن داشت. از ۵ سالگی تا سن فعلی فرد قابل قبول است .
- در صورتیکه گزینه قلیان در حال حاضر تیک بخورد این سوال پرسیده می شود

۱۲. از چه سنی برای اولین بار مصرف پیپ/چپق را آغاز کرده اید؟*

- کمتر از یکسال عدد صفر وارد می شود
- این سوال فقط از کسانی پرسیده شود که در حال حاضر پیپ یا چپق می کشند. بپرسید زمانی که مصرف پیپ یا چپق را آغاز کرد دقیقاً چند سال سن داشت. از ۵ سالگی تا سن فعلی فرد قابل قبول است .
- در صورتیکه گزینه پیپ/چپق در حال حاضر تیک بخورد این سوال پرسیده می شود

۱۳. از چه سنی برای اولین بار مصرف انواع تنباکو بدون دود (شامل جویندی، انغیه‌ای یا مکیدنی مثل ناس و پان پراک) را آغاز کرده اید؟*

- کمتر از یکسال عدد صفر وارد می شود.
- این سوال فقط از کسانی پرسیده شود که در حال حاضر تنباکوی بدون دود می کشند. بپرسید زمانی که مصرف تنباکوی بدون دود را آغاز کرد دقیقاً چند سال سن داشت. از ۵ سالگی تا سن فعلی فرد قابل قبول است
- در صورتیکه گزینه انواع تنباکو بدون دود در حال حاضر تیک بخورد این سوال پرسیده می شود

۱۴. از چه سنی برای اولین بار مصرف سیگار الکترونیک را آغاز کرده اید؟*

- کمتر از یکسال عدد صفر وارد می شود.
- این سوال فقط از کسانی پرسیده شود که در حال حاضر سیگار الکترونیک می کشند. بپرسید زمانی که مصرف سیگار الکترونیک را آغاز کرد دقیقاً چند سال سن داشت. از ۵ سالگی تا سن فعلی فرد قابل قبول است .
- در صورتیکه گزینه سیگار الکترونیک در حال حاضر تیک بخورد این سوال پرسیده می شود

۱۵. به یاد دارید مصرف سیگار برای اولین بار چند وقت قبل بوده است؟*

.....سال یاماه

- اگر شرکت کننده سن دقیق را به خاطر نمی آورد بپرسید حدوداً سال قبل بوده است اگر زیر ۶ ماه است عدد صفر و اگر بالای ۶ ماه تا یکسال است عدد یک را قرار دهید.

۱۶. در طی ۱۲ ماه گذشته آیا تلاشی برای ترک سیگار داشته اید؟*

- بلی خیر
- این سوال ویژه مصرف کنندگان فعلی می باشد. از مصرف کننده بخواهید تلاش هایی را که در ۱۲ ماه اخیر برای ترک سیگار داشته است ذکر کند.
 - در صورتیکه گزینه سیگار در حال حاضر تیک بخورد این سوال پرسیده می شود

۱۷. در طی ۱۲ ماه گذشته آیا تلاشی برای ترک قلیان داشته اید؟*

- بلی خیر
- این سوال ویژه مصرف کنندگان فعلی می باشد. از مصرف کننده بخواهید تلاش هایی را که در ۱۲ ماه اخیر برای ترک قلیان داشته است ذکر کند.
 - در صورتیکه گزینه قلیان در حال حاضر تیک بخورد این سوال پرسیده می شود

۱۸. در طی ۱۲ ماه گذشته آیا تلاشی برای ترک پیپ/چپق داشته اید؟*

- بلی خیر
- این سوال ویژه مصرف کنندگان فعلی می باشد. از مصرف کننده بخواهید تلاش هایی را که در ۱۲ ماه اخیر برای ترک پیپ یا چپق داشته است ذکر کند
 - در صورتیکه گزینه پیپ/چپق در حال حاضر تیک بخورد این سوال پرسیده می شود

۱۹. در طی ۱۲ ماه گذشته آیا تلاشی برای ترک انواع تنباکوهای بدون دود (شامل جویدنی، انفیه‌ای یا مکیدنی مثل ناس و پان پراک) داشته اید؟*

- بلی خیر
- این سوال ویژه مصرف کنندگان فعلی می باشد. از مصرف کننده بخواهید تلاش هایی را که در ۱۲ ماه اخیر برای ترک انواع تنباکوهای بدون دود داشته است ذکر کند.
 - در صورتیکه گزینه انواع تنباکو بدون دود در حال حاضر تیک بخورد این سوال پرسیده می شود

۲۰. در طی ۱۲ ماه گذشته آیا تلاشی برای ترک سیگار الکترونیک داشته اید؟*

- بلی خیر
- این سوال ویژه مصرف کنندگان فعلی می باشد. از مصرف کننده بخواهید تلاش هایی را که در ۱۲ ماه اخیر برای ترک سیگار الکترونیک داشته است ذکر کند.
 - در صورتیکه گزینه سیگار الکترونیک در حال حاضر تیک بخورد این سوال پرسیده می شود

۲۱. آیا طی ۱۲ ماه گذشته پزشک یا کارمند بهداشتی به شما توصیه کرده است که مصرف مواد دخانی را ترک کنید؟*

- بلی خیر
- از شرکت کننده بخواهید به ویژگی هایی که در ۱۲ ماه گذشته داشته است فکر کند. در صورتی که ویژگی پزشک نداشته است گزینه سوم را انتخاب کند.

۲۲. در گذشته چند نخ سیگار مصرف می کردید؟ (فقط یکی از گزینه ها پر شود) *

روزانه هفتگی ماهانه

۲۳. در گذشته چند بار قلیان مصرف می کردید؟ (فقط یکی از گزینه ها پر شود) *
- | | | |
|--------|-------|--------|
| روزانه | هفتگی | ماهانه |
|--------|-------|--------|
۲۴. در گذشته چند بار پیپ/چپق مصرف می کردید؟ (فقط یکی از گزینه ها پر شود) *
- | | | |
|--------|-------|--------|
| روزانه | هفتگی | ماهانه |
|--------|-------|--------|
۲۵. در گذشته چند بار انواع تنباکوهای بدون دود (شامل جویدنی، انفیه‌ای یا مکیدنی مثل ناس و پان پراک) مصرف می کردید؟ (فقط یکی از گزینه ها پر شود) *
- | | | |
|--------|-------|--------|
| روزانه | هفتگی | ماهانه |
|--------|-------|--------|
۲۶. در گذشته چند بار سیگار الکترونیک مصرف می کردید؟ (فقط یکی از گزینه ها پر شود) *
- | | | |
|--------|-------|--------|
| روزانه | هفتگی | ماهانه |
|--------|-------|--------|

- در هر یک از انواع مواد دخانی، مقدار مصرف ابتدا به صورت روزانه پرسیده شده و در صورتیکه فرد میزان مصرف روزانه را نمی دانست به ترتیب ابتدا مقدار مصرف ماده دخانی در هفته و مجدداً در صورت ندانستن پاسخ میزان مصرف در ماه پرسیده می شود. بدین ترتیب تنها میزان مصرف در واحد زمانی ای که فرد دقیق بیان می نماید تکمیل می گردد.
- در صورتیکه یکی از گزینه های روزانه یا هفتگی یا ماهیانه انتخاب شود سایر موارد غیر فعال می گردند
- حداکثر نخ روزانه سیگار ۸۰ نخ یا ۴ پاکت می باشد. حداکثر مصرف قلیان روزانه ۱۰ بار مصرف می باشد (منظور از هر بار مصرف قلیان دست به دست شدن یک قلیان نمی باشد بلکه منظور مصرف مستقل یک قلیان می باشد)
- در صورتی که فرد مصرف نمی کند به جای خالی گذاشتن آیتم مورد نظر جلوی آن صفر بگذارید.

۲۷. - از چه سنی برای اولین بار مصرف سیگار را آغاز کرده اید؟*

- کمتر از یکسال عدد صفر وارد می شود
- این سوال فقط از کسانی پرسیده شود که در گذشته سیگار می کشند. بپرسید زمانی که مصرف دخانیات را آغاز کرد دقیقاً چند سال سن داشت. از ۵ سالگی تا سن فعلی فرد قابل قبول است .
- در صورتیکه گزینه سیگار در گذشته تیک بخورد (در حال حاضر تیک نخورد) این سوال پرسیده می شود

۲۸. از چه سنی برای اولین بار مصرف قلیان را آغاز کرده اید؟*

- کمتر از یکسال عدد صفر وارد می شود
- این سوال فقط از کسانی پرسیده شود که در گذشته قلیان می کشند. بپرسید زمانی که مصرف قلیان را آغاز کرد دقیقاً چند سال سن داشت. از ۵ سالگی تا سن فعلی فرد قابل قبول است .
- در صورتیکه گزینه قلیان در گذشته تیک بخورد (در حال حاضر تیک نخورد) این سوال پرسیده می شود

۲۹. از چه سنی برای اولین بار مصرف پیپ/چپق را آغاز کرده اید؟*

- کمتر از یکسال عدد صفر وارد می شود
- این سوال فقط از کسانی پرسیده شود که در گذشته پیپ یا چپق می کشند. بپرسید زمانی که مصرف پیپ یا چپق را آغاز کرد دقیقاً چند سال سن داشت. از ۵ سالگی تا سن فعلی فرد قابل قبول است .
- در صورتیکه گزینه پیپ/چپق در گذشته تیک بخورد (در حال حاضر تیک نخورد) این سوال پرسیده می شود

۳۰. از چه سنی برای اولین بار مصرف انواع تنباکو بدون دود (شامل جویدنی، انفیهای یا مکیدنی مثل ناس و پان پراک) را آغاز کرده اید؟*

- کمتر از یکسال عدد صفر وارد می شود.
- این سوال فقط از کسانی پرسیده شود که در گذشته تنباکوی بدون دود می کشند. بپرسید زمانی که مصرف تنباکوی بدون دود را آغاز کرد دقیقا چند سال سن داشت. از ۵ سالگی تا سن فعلی فرد قابل قبول است
- در صورتیکه گزینه انواع تنباکو بدون دود در گذشته تیک بخورد (در حال حاضر تیک نخورد) این سوال پرسیده می شود

۳۱. از چه سنی برای اولین بار مصرف سیگار الکترونیک را آغاز کرده اید؟*

- کمتر از یکسال عدد صفر وارد می شود.
- این سوال فقط از کسانی پرسیده شود که در گذشته سیگار الکترونیک می کشند. بپرسید زمانی که مصرف سیگار الکترونیک را آغاز کرد دقیقا چند سال سن داشت. از ۵ سالگی تا سن فعلی فرد قابل قبول است .
- در صورتیکه گزینه سیگار الکترونیک در گذشته تیک بخورد (در حال حاضر تیک نخورد) این سوال پرسیده می شود

۳۲. به یاد دارید مصرف سیگار برای اولین بار چند وقت قبل بوده است؟*

.....سال یاماه

- اگر شرکت کننده سن دقیق را به خاطر نمی آورد بپرسید حدودا سال قبل بوده است اگر زیر ۶ ماه است عدد صفر و اگر بالای ۶ ماه تا یکسال است عدد یک را قرار دهید.
- در صورتیکه گزینه سیگار در گذشته تیک بخورد (در حال حاضر تیک نخورد) این سوال پرسیده می شود

۳۳. مواد دخانی را چند وقت پیش ترک کرده اید؟*

.....سال

۳۴. آیا در ۳۰ روز گذشته فردی در خانه شمادرحضرتان مواد دخانی دود زا مصرف کرده است؟*

بلی خیر

- منظور از پرسیدن این سوال کسب اطلاعات در خصوص استعمال دخانیات دست دوم (PASSIVE SMOKING) است.
- لطفا توجه شود که سوال مربوط به ۳۰ روز گذشته است.
- شرکت کننده جهت پاسخ دهی به این سوال فقط باید به سایر افراد فکر کند و ربطی به خود این فرد ندارد. همچنین منظور فقط مناطق سر بسته خانه است.

۳۵. آیا در ۳۰ روز گذشته فردی در محل کار شما (محیط سر بسته) درحضرتان مواد دخانی دود زا مصرف کرده است؟*

بلی خیر

- این سوال برای کسانی است که در محیط سر بسته کار می کنند.

۳۶. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته به تبلیغات مستقیم سیگار برخورد کرده اید؟ *

بلی خیر

- منظور از تبلیغات مستقیم تبلیغ و تشویق به مصرف سیگار به صورت مستقیم در رسانه ها و یا سایر ابزارهای اطلاع رسانی عمومی یا مکان های عمومی است

۳۷. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته به تبلیغات غیر مستقیم استفاده از سیگار برخورد کرده اید؟ *

بلی خیر

- منظور از تبلیغات غیر مستقیم استفاده از سیگار توسط بازیگران سریال ها یا سینما بویژه نقش اول و مثبت است. هدایای تبلیغاتی که تصویر یک برند خاص سیگار بر روی آنها نقش بسته است یا اسپانسرشیپی رویدادهای ورزشی بلیغ در نقطه فروش، ارتقای برند به کمک فعالیت های پوششی (مثل پوشاک کلاسیک مارلبورو)، پست مستقیم، اهدای جایزه، فروش ویژه و ... از جمله دیگر شیوه های تبلیغ غیرمستقیم در صنعت دخانیات محسوب می شوند.

مصرف الکل

- توجه شود که سوالات مصرف الکل از هر دوجنس زن و مرد پرسیده می شود و محدود به مردان نیست.
- در سوالات این بخش به زمان ذکر شده در هر پرسش توجه شود.
- سوالات بخش الکل در سه حیطه، تاکنون، ۱۲ ماه گذشته، و ۳۰ روز گذشته پرسیده می شود
- در سوالات تلاش می شود مقدار مصرف الکل با ذکر لیوان آبجو یا شراب به عنوان یک پیمانانه، و لیوان کوچک عرق الکل، ویسکی، ودکا و رام و غیره به عنوان پیمانانه مشابه از نظر مقدار الکل، محاسبه شود
- مصرف مساوی و بیشتر از ۶ پیمانانه ذکر شده در بالا، در یک وعده مصرف (زمانی که نشسته و پشت سر هم مصرف الکل دارند) نشانه مصرف بینج است که پرسش می شود

• مصرف بینج در یک ماه گذشته نشانه HED است که سوال می شود (HEAVY EPISOD DRINKING)

۱. آیا تاکنون نوشیدنی های الکلی مصرف کرده اید؟ *

بلی خیر (پرش به سوال ۱۲)

- دقت کنید که هرگونه مصرف الکل اعم از آبجو، شراب و سایر نوشیدنی های الکلی حتی برای یک بار و به اندازه کم نیز باید پاسخ بله در نظر گرفته شود. به استثنای داروهایی که حاوی الکل هستند و با مقاصد درمانی مصرف می شوند.
- منظور از لفظ «تاکنون» کل زندگی فرد می باشد

۲. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته نوشیدنی های الکلی مصرف کرده اید؟ *

بلی خیر (پرش به سوال ۱۲)

- دقت کنید که هرگونه مصرف الکل اعم از آبجو، شراب و سایر نوشیدنی های الکلی حتی برای یک بار و به اندازه کم نیز باید پاسخ بله در نظر گرفته شود. به استثنای داروهایی که حاوی الکل هستند و با مقاصد درمانی مصرف می شوند.
- دقت کنید که این سوال در مورد ۱۲ ماه گذشته است.

۳. در طی ۱۲ ماه گذشته با چه فاصله ای نوشیدنی های الکلی مصرف کرده اید؟*

- روزانه
- هفتگی
- ماهانه
- فصلی

○ ۶ ماه و بیشتر

● این سوال ویژه افرادی است که در ۱۲ ماه اخیر الکل مصرف کرده اند

۴. با توجه به پاسخ به سوال فوق، در فاصله زمانی انتخاب شده، چند لیوان نوشیدنی الکلی مصرف کرده اید؟*

.....

۵. به طور معمول در هر وعده، مصرف میزان مصرف نوشیدنی الکلی شما چقدر بوده است؟ *

..... لیوان معمول آبجو / شراب

..... لیوان کوچک / استکان عرقیات الکلی / تکیلا / ودکا / ویسکی / کنیاک / رام

● لطفا تعداد لیوان های مصرفی درج گردد

۶. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته در یک وعده، میزان مصرف نوشیدنی الکلی شما حداقل ۶ لیوان معمولی آب جو / شراب یا ۶

لیوان کوچک یا استکان عرقیات الکلی / تکیلا / ودکا بوده است؟ *

بلی خیر

۷. در طی ۱۲ ماه گذشته با چه فاصله ای، در یک وعده، میزان مصرف نوشیدنی الکلی شما حداقل ۶ لیوان معمولی آب جو /

شراب یا ۶ لیوان کوچک یا استکان عرقیات الکلی / تکیلا / ودکا بوده است؟ *

○ روزانه

○ هفتگی

○ ماهانه

○ بیشتر از یک ماه

۸. آیا در طی ۳۰ روز گذشته نوشیدنی های الکلی مصرف کرده اید؟*

بلی خیر (پرش به سوال ۱۱)

● حتی اگر شرکت کننده مقادیر اندکی از الکل را مصرف کرده است پاسخ این سوال بله می باشد.

۹. آیا در طی ۳۰ روز گذشته حداقل میزان مصرف نوشیدنی الکلی شما ۶ لیوان معمولی آب جو / شراب و یا ۶ لیوان کوچک

یا استکان عرقیات الکلی / تکیلا / ودکا بوده است؟ *

بلی خیر

۱۰. در طی ۳۰ روز گذشته، چند بار حداقل میزان مصرف نوشیدنی الکلی شما ۶ لیوان معمولی آب جو / شراب و یا ۶ لیوان

کوچک یا استکان عرقیات الکلی / تکیلا / ودکا بوده است؟*

.....

۱۱. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته تحت تاثیر الکل رانندگی کرده اید؟*

بلی خیر

۱۲. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته سوار خودرویی شده اید که راننده آن در حالت مستی رانندگی می کرده است؟ *

بلی خیر

گام دوم سنجش جسمانی :

۱. چند ساعت قبل از اندازه گیری غذا مصرف نموده اید؟

.....

- آخرین وعده غذایی مصرف شده چه زمانی بوده است

فشار خون (اندازه گیری فشار خون سه بار و به فاصله ۳ دقیقه از همدیگر صورت گیرد)

۱. کد وسیله اندازه گیری فشار خون

توسط سیستم پر می شود

۲. اندازه کاف دستگاه فشارسنج

○ متوسط

○ بزرگ

- اندازه کاف فشار سنج ارسالی از مرکز تحقیقات بیماری های غیرواگیر متوسط است . دانشگاه موظف است در موارد مورد نیاز به

کاف بزرگ آن را تامین و در اختیار پرسشگران قرار دهد.

۳. میزان فشار خون بار اول سیستول دیاستول

۴. میزان فشار خون بار دوم سیستول دیاستول

۵. میزان فشار خون بار سوم سیستول دیاستول

- اندازه گیری فشار خون ۱۵ دقیقه پس از رسیدن مصاحبه شونده صورت می پذیرد.

- فاصله بین اندازه گیری مرتبه دوم با اول، ۳ دقیقه و فاصله بین اندازه گیری مرتبه سوم با دوم نیز ۳ دقیقه باشد.

- از شرکت کننده بخواهید بین دفعات مختلف اندازه گیری فشار خون استراحت کند

- نحوه اندازه گیری فشار خون:

- وقتی فشار خون شخص دیگری را اندازه گیری می کنید، او را بر روی صندلی بنشانید.

- اگر فرد لباس آستین بلند پوشیده است، آستین های او را تا نمایان شدن کامل بازوها بالا ببرید. (در این حالت بهتر است فرد

لباس آستین کوتاه بپوشد تا هم خود او راحت باشد و هم فشارخون به درستی اندازه گیری شود)

- مهم است فرد در حالت آرامش باشد، سپس یکی از دستان او را بر روی پایش به طوری که کف دست رو به بالا باشد، قرار

دهید.

- دو انگشت خود را بر روی آرنج فرد قرار دهید تا احساس پالس یا ضربان قلب او را احساس کنید.

- احساس ضربان قلب باید در نزدیکی داخل آرنج بر روی شریان اصلی باشد.

- اگر پیدا کردن ضربان قلب برایتان دشوار است، انگشتان را در اطراف آرنج حرکت دهید تا آن را احساس کنید.

- انتهای کاف را از طریق حلقه فلزی بر روی بازوی فرد قرار دهید. کاف باید تقریباً ۳ سانتی متر بالای خم آرنج بسته شود.

- کاف دارای یک خط یا فلش هایی بر روی خود است تا بتوان آن را به درستی در اطراف بازوی بست.

- حد پایین سیستول بر اساس WHO ۴۰ MMHG و حد بالا ۳۰۰ MMHG

- حد پایین دیاستول بر اساس WHO ۳۰ MMHG و حد بالا ۲۰۰ MMHG

قد و وزن

۶. کد وسیله اندازه گیری قد توسط سیستم پر می شود

۷. کد وسیله اندازه گیری وزن توسط سیستم پر می شود

۸. اندازه قد (به سانتیمتر)

- اندازه را بدون اعشار ثبت کنید.
- فرد باید به طور عمودی بایستد.
- سطح زمین باید صاف و سفت باشد. (سطح سیمانی ، موزائیک) و نباید توسط فرش یا کفپوش های نرم پوشیده شده باشد. اگر این طور باشد باید از یک تخته چوبی صاف برای زیر پا استفاده کرد.
- فرد باید کفش خود را در آورده و وسایل سنگین به همراه نداشته باشد.
- فرد باید پشتش را به قد سنج تکیه دهد. پشت سر ، پشت تنه ، باسن ، ساق ، و پاشنه پاها باید به طور مستقیم به قد سنج تکیه داده شود. فرد باید سر را به طور مستقیم به سمت جلو نگه دارد و به یک نقطه در مقابل نگاه کند.
- یک خط کش روی سر گذاشته تا بر روی مو فشار آورد. سپس از محل تقاطع خط کش با دیوار تا پایین را اندازه بگیرید و یا از خط کش قد سنج استفاده کنید.
- قد را بر حسب سانتی متر و با یک رقم اعشار بنویسید.
- گفته خود فرد ملاک نیست فقط در مورد افرادی که قادر به حرکت نیستند می توان اندازه قد را از خود فرد پرسید و یادداشت نمود.

• قد بین ۱۰۰ تا ۲۷۰ سانتی متر است بر اساس WHO

۹. اندازه وزن (به کیلوگرم)

- در صورتیکه میزان وزن فرد بیش از مقیاس وسیله اندازه گیری وزن بود، عدد ۶۶۶۶ وارد می شود.
- اندازه را بدون اعشار ثبت کنید. این اندازه گیری ها بر ای خانم های باردار صورت نمی گیرد.
- سطح زمین باید سفت و صاف باشد و مفروش نباشد.
- وزنه باید روی صفر تنظیم شود.
- فرد باید مستقیم و در مرکز ثقل بایستد.
- اگر وزنه از نوع دیجیتالی است، پس از ثابت شدن عدد را بخوانید.
- میزان وزن را بر حسب کیلو گرم و با یک رقم اعشار بنویسید.
- فرد نباید خودش میزان وزن را بخواند بلکه حتما باید توسط پرسشگر یا شخص دیگری خوانده شود چون با خم شدن برای خواندن وزن ، مقدار آن ممکن است تغییر کند.
- بر اساس WHO وزن بین ۲۰ تا ۳۵۰ کیلوگرم می باشد
- حتما قبل از اندازه گیری وزن ترازو کالیبره شود .

نحوه کالیبراسیون ترازو ها

به منظور دستیابی به نتایج قابل اطمینان در بخش سنجش های جسمانی به خصوص در بخش اندازه گیری وزن لازم است پس از هربار جابه جایی، کالیبره (تنظیم) بودن ترازو ها مجددا مورد بررسی قرار گیرد.

بدین منظور خواهشمند است مراحل زیر را در هر بار جابه جایی ترازو ها مد نظر قرار دهید:

- ترازو را روشن نمایید (در پشت ترازو کنار جای باتری کلیدی برای این کار تعبیه شده است)
- پس از روشن شدن ترازو با همین کلید ترازو را در حالتی قرار دهید که وزن را با واحد Kg نشان دهد.
- حتما ترازو را روی سطح تراز و محکم مانند سرامیک و یا موزاییک قرار دهید (دقت فرمایید بهتر است ترازو روی فرش، موکت یا پارکت چوبی قرار نگیرد.)
- وزنه شاهد ۵ kg را روی ترازو قرار داده و منتظر بمانید تا عددی ثابت را نمایش دهد.
- چنانچه ترازو عدد صحیح ۵ KG را نمایش دهد کالیبره می باشد (در این مرحله اگر ترازو عدد 4.9 یا 5.1 کیلوگرم را نشان دهد نیز مورد قبول می باشد)
- در صورتی که عدد نمایش داده شده مورد قبول نباشد می بایست وزنه شاهد را از روی ترازو برداشته و منتظر باشید تا نمایشگر ترازو خاموش شود. سپس مجددا ترازو را روشن نمایید (در این مرحله ترازو کالیبره شده است)
- برای حصول اطمینان بیشتر یک بار دیگر ترازو را با وزنه شاهد چک نمایید.

دور کمر

۱۰. کد وسیله اندازه گیری دور کمر

توسط سیستم پر می شود

۱۱. اندازه دور کمر (به سانتیمتر)

- اندازه را با بدون اعشار ثبت کنید.
- این اندازه گیری ها برای خانم های باردار صورت نمی گیرد.
- با استفاده از انگشتان تان از بالا لبه پایینی دنده و در پایین لبه بالایی استخوان لگن را پیدا کنید.
- یک نوار اندازه گیری به دور شکم در فاصله مساوی از دو نقطه ای که در مرحله قبلی پیدا کردید، بپیچید. نوار در این صورت معمولا از حدود ناف در وسط و ستیع ایلیاک (بخش برجسته استخوان لگن در پهلو تان) خواهد گذشت.
- نفس تان را به طور طبیعی بیرون دهید - نفس تان را حبس نکنید یا شکمتان را تو ندهید.
- مراقب باشید که نوار اندازه گیری دور کم و شکم تان نه خیلی شل و نه خیلی سفت باشد، و مطمئن شوید که نوار را کج دور کمر تان نپیچیده باشید.

- بر اساس WHO دور کمر بین ۳۰ تا ۲۰۰ سانتی متر می باشد

دور باسن

- ۱۲. اندازه دور باسن (به سانتیمتر)
- اندازه را با بدون اعشار ثبت کنید.
- این اندازه گیری ها برای خانم های باردار صورت نمی گیرد.
- متر را دور پهن ترین قسمت باسن یا لگن خود قرار دهید. دقت کنید متر با زمین موازی بوده و کج نشده باشد.
- بر اساس WHO دور باسن بین ۴۵ تا ۳۰۰ سانتی متر می باشد

ضربان قلب

- ۱۳. تعداد ضربان قلب در یک دقیقه
- حداقل ضربان قلب ۳۰ بیت بر دقیقه و حداکثر ۲۰۰ بر اساس تعریف WHO می باشد
- ۱۴. آیا فرد ادرار ۲۴ ساعته دارد؟

بلی خیر

تعداد گام های فرد طی ۲۴ ساعت

- ۱۵. آیا شما برای سنجش تعداد گامها طی ۲۴ ساعت به این شرکت کننده گام شمار داده اید؟
- بلی خیر

- حداکثر تعداد قدم ها ۵۰۰۰۰ قدم در روز در نظر گرفته شده است

- ۱۶. شماره سریال پدومتر
- توسط سیستم پر می شود
- ۱۷. تعداد گام ها بر اساس پدومتر (گام شمار) طی ۲۴ ساعت
- توسط سیستم پر می شود

گام سوم آزمایشگاه

مواردی که پرسشگر باید در زمان پرسشگری افراد بالای ۲۵ سال برای مراجعه به آزمایشگاه انجام دهد:

تحويل کارت فرد به شرکت کنندگان

- این کارت شامل مشخصات فرد اعم از کد فرد، نام و نام خانوادگی، کدملی و سال تولد است که همه موارد توسط پرسشگر پر میشود بجز کد فرد که در آزمایشگاه توسط پذیرش پر می شود.
- پرسشگر باید به فرد متذکر شود که حتما باید روز مراجعه به آزمایشگاه این کارت را به همراه داشته باشد.

تحويل برگه آمادگی فرد برای مراجعه به آزمایشگاه

برگه آموزش آمادگی فرد

آمادگی برای نمونه گیری:

از زمان دریافت این فرم تا زمان مراجعه برای نمونه گیری، رژیم غذایی معمول خود را ادامه داده و سعی کنید وزن تان تغییر نکند. لازم است دست کم ۱۲ ساعت قبل از نمونه گیری ناشتا باشید. به این معنا که حدود ساعت ۸ شب قبل از نمونه گیری، شام سبک (غذای کم حجم و کم چرب) میل فرمایید. در این فاصله، تنها نوشیدن آب و داروهای تجویز شده از طرف پزشک معالج بلامانع است.

حداقل از ۱۴ ساعت قبل از نمونه گیری، ورزش یا فعالیت بدنی سنگین انجام ندهید.

در صورتی که دارو مصرف می کنید، در روز نمونه گیری به مسول آزمایشگاه اطلاع دهید.

فرد شرکت کننده باید داروهای خود را طبق روال معمول مصرف نماید و در روز نمونه گیری داروهایی که میل نموده است را همراه داشته باشد و به نمونه گیر نشان دهد.

برای انجام نمونه گیری ادرار لازم است پس از بیدار شدن، ادرار صبحگاهی خود را در خانه تخلیه نمایید و پس از آن برای نمونه گیری به آزمایشگاه منتخب مراجعه نمایید.

۱- توضیح جمع اوری ادرار ۲۴ ساعته به فردی که مایل به همکاری است (از هر سه خوشه یک فرد بالای ۲۵ سال برای جمع

اوری ادرار ۲۴ ساعته کفایت)

۲- نوشتن مشخصات فرد بر روی لیبل های داخل بسته (نام و نام خانوادگی و کد ملی) و چسباندن لیبل ها بر روی ظرف ادرار

۲۴ ساعته، لوله واسط و فرم و تحويل بسته مربوط به ادرار ۲۴ ساعته به فرد

(پرسشگر باید به فرد متذکر شود که حتما باید از صبح روز قبل از مراجعه به آزمایشگاه شروع به جمع اوری ادرار مطابق با موارد ذکر شده در فرم کند و موارد مورد نیاز در فرم را تکمیل کرده و حتما در روز نمونه گیری ظرف ادرار ۲۴ ساعته، فرم تکمیل شده و لوله واسط را به همراه داشته باشد.)

فرم ادرار ۲۴ ساعته (فرم شماره ۴ کاغذی)

نام استان:

نام شهرستان:

نام و نام خانوادگی:

کد فرد:

کد ملی:

حجم نمونه:

دستورالعمل جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته

هدف از جمع آوری نمونه ادرار ۲۴ ساعته اندازه گیری و ارزیابی میزان دفع برخی از ترکیبات (مثل سدیم، کراتینین و غیره) در ادرار می باشد. به همین منظور گالن‌هایی از سوی آزمایشگاه در اختیار شما قرار می‌گیرد.

برای جمع‌آوری ادرار ۲۴ ساعته به هیچ عنوان از ظروفی غیر از ظرف‌هایی که آزمایشگاه در اختیار شما قرار می‌دهد استفاده نکنید.

• رعایت موارد زیر ضروری است

○ روزی را جهت جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته انتخاب کنید که حتی‌الامکان در منزل هستید و فعالیتهای فیزیکی شدید نداشته باشید.

○ در طول ۲۴ ساعت که قرار است نمونه گیری ادرار انجام گیرد، در ساعت ابتدایی شروع نمونه گیری (۸ صبح) باید شخص ادرار خود را کامل تخلیه کند (دور بریزد) و از این ساعت به بعد به مدت ۲۴ ساعت تمامی ادرار خود را در ظرف مخصوص جمع آوری ادرار که در اختیار او قرار داده شده بریزد و زمان شروع و خاتمه نمونه گیری را در جدول شماره ۱ ثبت کند.

○ در طول جمع‌آوری ادرار باید ظرف جمع‌آوری دور از دسترس کودکان و در جای خنک، نگهداری شده و بلافاصله پس از اتمام کار به آزمایشگاه تحویل داده شود.

○ این ظرف حاوی مواد نگهدارنده شیمیایی است. دست یا هر نقطه دیگر بدن نباید با بخش داخلی ظرف تماس داشته باشد.

○ آخرین نوبت دفع ادرار باید همان ساعتی که جمع‌آوری ادرار شروع شده بود، انجام شود.

○ طی این مدت سعی کنید به مقدار معمول آب مصرف کنید.

○ اگر در طول ۲۴ ساعت، فراموش کردید تخلیه ادرار را در ظرف مخصوص انجام دهید ساعت تخلیه ادرار و حجم تقریبی آن را در جدول شماره ۲ ثبت کنید.

○ داروهایی را که ممکن است در این مدت مصرف نمایید با مسئول آزمایشگاه هماهنگ نمایید و در جدول شماره ۳ ثبت کنید.

جدول شماره ۱- روز و مدت زمان جمع آوری نمونه ادرار:

ساعت	تاریخ	
		زمان شروع نمونه گیری ادرار
		زمان پایان نمونه گیری ادرار

جدول شماره ۲- ادرار از دست رفته:

روز	ساعت

جدول شماره ۳- قرص های مصرف شده توسط فرد:

	۱
--	---

سوالات کووید ۱۹

هر روز ابتدای شروع کار از هر پرسشگر نرم افزار بپرسد که آیا علائم ابتلا به کووید ۱۹ را دارد یا خیر اگر خیر را زد کار را شروع کنداول این پرسشنامه تکمیل می شود و حتی اگر قرار بود فرد به سبب علائم کووید دو هفته دیگر وارد مطالعه شود حتما اول این پرسشنامه تکمیل و ارجاع به آزمایشگاه او انجام شود

۱. آیا شما مبتلا به کووید شده اید ؟

بلی خیر

اگر بلی :

۲. آیا علامت داشته اید ؟

بلی خیر

اگر بلی :

۳. کدام یک از علائم زیر را داشته اید ؟

تاریخ اتمام	مدت	تاریخ شروع	تب
تاریخ اتمام	مدت	تاریخ شروع	سرفه
تاریخ اتمام	مدت	تاریخ شروع	عطسه و آبریزش بینی
تاریخ اتمام	مدت	تاریخ شروع	تنگی نفس
تاریخ اتمام	مدت	تاریخ شروع	کاهش بویایی / چشایی
تاریخ اتمام	مدت	تاریخ شروع	خستگی و ضعف
تاریخ اتمام	مدت	تاریخ شروع	میالژی
تاریخ اتمام	مدت	تاریخ شروع	درد قفسه سینه
تاریخ اتمام	مدت	تاریخ شروع	درد شکم

سردرد	مدت	تاریخ شروع	تاریخ اتمام
سرگیجه	مدت	تاریخ شروع	تاریخ اتمام
اسهال	مدت	تاریخ شروع	تاریخ اتمام
تهوع و استفراغ	مدت	تاریخ شروع	تاریخ اتمام
گیجی / کاهش سطح هوشیاری	مدت	تاریخ شروع	تاریخ اتمام
سایر علائم	مدت	تاریخ شروع	تاریخ اتمام

۴. آیا از خدمات سرپایی به علت کووید استفاده نموده اید؟ (منظور از خدمات سرپایی دریافت هر خدمتی

درمانی است که نیاز به بستری در بیمارستان را ندارد)

بلی خیر

۵. آیا به علت ابتلا به کووید بستری شده اید؟

بلی خیر

اگر بلی:

۶. آیا نیاز به بستری در ICU داشته اید؟

بلی خیر

۷. آیا به دستگاه ونتیلاتور وصل شده اید؟

بلی خیر

۸. آیا بهبودی کامل اتفاق افتاده است؟

بلی خیر

۹. آیا از افرادی که با شما در یک خانه زندگی می کنند، کسی به کووید مبتلا شده است؟

بلی خیر

اگر بلی:

۱۰. نتیجه ابتلا به کووید چه بوده است؟

هنوز تحت درمان هستند بهبود کامل یافته اند فوت شده اند

۱۱. آیا از ماسک در خارج از منزل استفاده می کنید؟

بلی خیر

۱۲. آیا از دستکش در خارج از منزل استفاده می کنید؟

بلی خیر

۱۳. آیا از شیلد در خارج از منزل استفاده می کنید؟

بلی خیر

۱۴. آیا به صورت مرتب در طول روز دستان خود می شوئید یا با الکل ضد عفونی میکنید؟

بلی خیر

۱۵. به طور متوسط، در طول روز با چند نفر در ارتباط مستقیم هستید؟

زیر ۱۰ نفر بین ۱۰ تا ۳۰ نفر بین ۳۰ تا ۵۰ نفر بالای ۵۰ نفر

۱۶. آیا از وسایل حمل و نقل عمومی استفاده میکنید؟

بلی خیر

اگر بلی:

۱۷. میزان دفعات استفاده را ذکر فرمایید.

روزانه هفتگی ماهانه

۱۸. در صورتی که دارای فرزند مدرسه ای هستید آیا فرزند شما به صورت حضوری به مدرسه میرود؟

بلی خیر

۱۹. آیا از شماره ۳۰۴۰ یا بستر های آنلاین ، برای دریافت مراقبت کووید استفاده نموده اید ؟

بلی خیر

۲۰. آیا تماسی از مجموعه بهداشت و درمان جهت بررسی وضعیت سلامت شما ، در طول دوران کووید داشته

اید ؟

بلی خیر