প্রশ্ন পূরণের নির্দেশনাবলী: বাংলায়

১ ক. দেশের নামঃ বাংলাদেশ

১ খ. শহর/উপজেলা/গ্রামের নাম:

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/ অংশগ্রহণকারী কে তার শহর/ গ্রামের নাম জিজ্ঞাসা করুন এবং তা লিপিবদ্ধ করুন।

২. কেন্দ্রের আইডি এবং অথবা তথ্যগ্রহীতার ইমেল আইডি:

নির্দেশনাঃ প্রদত্ত তালিকা অনুসরন করে আপনার কেন্দ্রের আইডি এবং তার কোড অথবা আপনার (তথ্যগ্রহনকারী) ইমেল আইডি সঠিক ভাবে উল্লেখ করুন

৩.আপনার স্ক্রিনিং এর স্থানঃ **হাসপাতাল**

নির্দেশনাঃ যে স্বাস্থ্য কেন্দ্রে উত্তরদাতার/অংশগ্রহনকারীর রক্তচাপ পরিমাপ করা হবে

*৪	পরিমাপের তারিখঃ

৫. আপনার বয়স কত বছর? (জানা না থাকলে অনুমান করুন)

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/ অংশগ্রহণকারীকে তার বয়স কত বছর তা জিজ্ঞাসা করুন এবং সঠিক বয়স জানা না থাকলে ইভেন্ট ক্যালেনডার (ঐতিহাসিক কোন ঘটনা) ব্যাবহার করুন অথবা তথ্য প্রদানকারির সাহায্য নিয়ে অনুমান করে লিপিবদ্ধ করুন।

৬. আপনার লিঙ্গ কি?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/অংশগ্রহণকারী পুরুষ/মহিলা/অন্যান্য তা নির্বাচন করুন।

৭. জাতি ** (স্ব-ঘোষিত)	□কালো □সাদা □·দক্ষিণ এশীয়□পূর্ব/দক্ষিণ পূর্ব এশীয় □মধ্য প্রাচ্য □মিশ্র □অন্যান্য

৮. শেষ কবে আপনার রক্তচাপ (BP) মাপা হয়েছিল?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/ অংশগ্রহণকারী শুধুমাত্র ডাক্তার বা স্বাস্থ্য কর্মী দ্বারা তার রক্তচাপ শেষ বার কবে মেপেছিলেন তা জিজ্ঞাসা করুন এবং লিপিবদ্ধ করুন।

৯. এর আগে আপনি কখনো May Measure Month (এমএমএম) -এ অংশ

নিয়েছেন?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/ অংশগ্রহণকারী শুধুমাত্র স্বাস্থ্য কর্মী দ্বারা May Measure Month (এমএমএম) কার্যক্রমে এর আগে কখনও অংশগ্রহন করেছেন কি না তা জিজ্ঞাসা করুন এবং লিপিবদ্ধ করুন।

১০. এর আগে আপনি কখনো ডাক্তার বা স্বাস্থ্য কর্মী দ্বারা উচ্চ রক্তচাপের রোগী (গর্ভাবস্থা ব্যতীত) হিসাবে সনাক্ত হয়েছেন?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/ অংশগ্রহণকারী ডাক্তার বা স্বাস্থ্য কর্মী দ্বারা পূর্বে কখনও উচ্চ রক্তচাপের রোগী (গর্ভাবস্থা ব্যতীত) হিসাবে সনাক্ত হয়েছিলেন কি না তা জিজ্ঞাসা করুন এবং লিপিবদ্ধ করুন।

১০.ক যদি হ্যাঁ হয়, আপনি কত বছর বয়সে উচ্চ রক্তচাপ রোগী হিসাবে সনাক্ত হয়েছিলেন**?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/ অংশগ্রহণকারী ডাক্তার বা স্বাস্থ্য কর্মী দ্বারা কত বছর বয়সে উচ্চ রক্তচাপ রোগী হিসাবে সনাক্ত হয়েছিলেন তা জিজ্ঞাসা করুন এবং লিপিবদ্ধ করুন।

১১. আপনি কি উচ্চরক্তচাপ নিয়ন্ত্রণের জন্য কোন ঔষধ গ্রহন করেন?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/ অংশগ্রহণকারী ডাক্তার এর ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী রক্ত চাপ নিয়ন্ত্রণে কোনও ওষুধ গ্রহন করছেন তা জিজ্ঞাসা করুন এবং লিপিবদ্ধ করুন।

১১.ক যদি ১১ এর উত্তর হ্যাঁ হয়, আপনি বর্তমানে আপনার উচ্চরক্তচাপ নিয়ন্ত্রণের জন্য কত ধরনের ঔষধ নিচ্ছেন?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/ অংশগ্রহণকারী ডাক্তার এর ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী রক্ত চাপ নিয়ন্ত্রণে কত প্রকার এর ওষুধ গ্রহন করছেন তা জিজ্ঞাসা করুন এবং লিপিবদ্ধ করুন।

১২. উচ্চ রক্তচাপ চিকিৎসায় পরামর্শর জন্যে কি আপনাকে সাধারণত অর্থ ব্যয় করতে হয়?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/ অংশগ্রহণকারীর উচ্চ রক্তচাপ চিকিৎসার পরামর্শ পেতে কোনও অর্থ ব্যয় হয় কি না তা জিজ্ঞাসা করুন এবং লিপিবদ্ধ করুন।

১৩. উচ্চ রক্তচাপ চিকিৎসায় ঔষধ এর জন্যে কি আপনাকে সাধারণত অর্থ ব্যয় করতে হয়?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/ অংশগ্রহণকারী উচ্চ রক্তচাপ চিকিৎসায় ওষুধের খরচ নিজে বহন করেন কি না তা জিজ্ঞাসা করুন এবং লিপিবদ্ধ করুন।

১৪. আপনি কি নিয়মিত আপনার উচ্চ রক্তচাপের ঔষধ গ্রহন করেন? যদি না হয় - কেন? (প্রযোজ্য সবগুলোতে টিক চিহ্ন দিন)

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/ অংশগ্রহণকারী ডাক্তার এর ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী নিয়মিত ঔষধ গ্রহন করছেন কি না তা জিজ্ঞাসা করুন, যদি গ্রহন না করে থাকেন তাহলে তার কারণও লিপিবদ্ধ করুন।

১৫. আপনি কি বর্তমানে এই ওষুধগুলো খাচ্ছেন?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/অংশগ্রহণকারী উল্লেখিত ওষুধগুলি নিচ্ছেন কিনা তা জিজ্ঞাসা করুন ও লিপিবদ্ধ করুন।

১৬. মহিলার ক্ষেত্রে – আপনি কি এই মুহূর্তে গর্ভবতী?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/ গবেষণায় অংশগ্রহণকারী যদি মহিলা হয় তাহলে তিনি গর্ভবতী কি না জিজ্ঞাসা করুন ও লিপিবদ্ধ করুন।

১৬.ক যদি ১৬ এর উত্তর হ্যাঁ হয়, আপনার কি এই গর্ভকালীন সময় উচ্চ রক্তচাপ হয়েছে?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/অংশগ্রহণকারী মহিলার বর্তমান গর্ভাবস্থায় উচ্চ রক্ত চাপ আছে কি না তা জিজ্ঞাসা করুন ও লিপিবদ্ধ করুন।

১৭. মহিলার ক্ষেত্রে- আপনি কি পূর্বে কখনো গর্ভধারন করেছিলেন?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/ গবেষণায় অংশগ্রহণকারী যদি মহিলা হয় তাহলে তিনি পূর্বে কখনো গর্ভধারন করেছিলেন কি না জিজ্ঞাসা করুন ও লিপিবদ্ধ করুন।

১৭.ক যদি ১৭ এর উত্তর হ্যাঁ হয়, আপনার পূর্ববর্তী গর্ভকালীন সময় কি উচ্চ রক্তচাপ হয়েছিল?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/অংশগ্রহণকারী মহিলার পূর্ববর্তী গর্ভাবস্থায় উচ্চ রক্ত চাপ ছিল কি না তা জিজ্ঞাসা করুন ও লিপিবদ্ধ করুন।

১৮. মহিলার ক্ষেত্রে- আপনি কি বর্তমানে এগুলো গ্রহন করছেন?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/অংশগ্রহণকারী মহিলা বর্তমানে জন্মবিরতিকরন কোন পদ্ধতি গ্রহন করছেন কিনা তা জিজ্ঞাসা করুন ও লিপিবদ্ধ করুন।

১৯. আপনি কি তামাক / নিকোটিন ব্যবহার করেন? (ধোঁয়াবিহীন তামাক, সিগার, পাইপ)

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/ অংশগ্রহণকারী বিড়ি,সিগারেট,ধোঁয়াবিহীন তামাক যেমন জর্দা, গুল,সাদা পাতা,খইনি,নস্যি বর্তমানে ব্যাবহার করেন কিনা তা জিজ্ঞাসা করুন ও লিপিবদ্ধ করুন।

২০. আপনি কি ই-সিগারেট ব্যবহার করেন?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/অংশগ্রহণকারী ই-সিগারেট ব্যবহার করেন কিনা তা জিজ্ঞাসা করুন ও লিপিবদ্ধ করুন।

২১. আপনি কি অ্যালকোহল বা মদ্য পান করেন?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/অংশগ্রহণকারী মদ্য পান করেন কিনা তা জিজ্ঞাসা করুন ও লিপিবদ্ধ করুন।

২২. আপনার কি কখনো উল্লিখিত অসুখগুলোর কোনটি নির্ণয় হয়েছিল?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/অংশগ্রহণকারী পূর্বে কখনো শুধুমাত্র ডাক্তার বা স্বাস্থ্য কর্মী দ্বারা উল্লিখিত অসুখগুলোর রোগী হিসাবে সনাক্ত হয়েছেন কিনা তা জিজ্ঞাসা করুন ও লিপিবদ্ধ করুন।

২৩. আপনি কি কখনো COVID-19 (করোনাভাইরাস) এ আক্রান্ত হয়েছেন?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/ অংশগ্রহণকারী পূর্বে কখনো COVID-19 (করোনাভাইরাস) এর রোগী হিসাবে সনাক্ত হয়েছেন কি না তা জিজ্ঞাসা করুন ও লিপিবদ্ধ করুন।

২৩.ক যদি ২৩ এর উত্তর হ্যাঁ হয়, আপনার কি এখনো COVID-19 (করোনাভাইরাস) এর উপসর্গগুলো আছে?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/ অংশগ্রহণকারীর এখনো COVID-19 (করোনাভাইরাস) এর উপসর্গগুলো আছে কি না তা জিজ্ঞাসা করুন ও লিপিবদ্ধ করুন।

২৪. আপনি কি প্রতি সপ্তাহে কমপক্ষে 150 মিনিট মাঝারি ব্যায়াম (দ্রুত হাঁটা) বা 75 মিনিট এর বেশি জোরালোভাবে ব্যায়াম করেন?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/ অংশগ্রহণকারী সপ্তাহে কমপক্ষে 150 মিনিট (আড়াই ঘণ্টা) জোরে হাটা বা 75 মিনিট (সোয়া এক ঘন্টা) বেশি মাত্রায় ব্যায়াম করেন কি না তা জিজ্ঞাসা করুন ও লিপিবদ্ধ করুন।

২৫. আপনার খাদ্যাভ্যাস কেমন?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/ অংশগ্রহণকারীর খাদ্যাভ্যাস কেমন তা জিজ্ঞাসা করুন ও লিপিবদ্ধ করুন।

২৬. আপনি কত বছর ধরে পড়াশোনা করেছেন?

নির্দেশনাঃ উত্তরদাতা/ অংশগ্রহণকারী মোট কত বছর প্রাতিষ্ঠানিক শিক্ষা গ্রহণ করেছেন অথবা কত বছর ধরে স্কুলে গিয়েছেন তা জিজ্ঞাসা করুন ও লিপিবদ্ধ করুন।

২৭	ওজন (পরিমাপ না করলে অনুমান করে)	কিলোগ্রাম (কেজি) বা পাউন্ড (পাউন্ড)	☐অনুমান করা হলে X দিয়ে চিহ্নিত করুন
২৮	উচ্চতা	মিটার (এম) বা ফিত/ইঞ্চ	☐অনুমান করা হলে X দিয়ে চিহ্নিত করুন
২৯	আপনার জন্মের সময় ওজন কত ছিল?	কিলোগ্রাম (কেজি) বা পাউন্ড (পাউন্ড)	☐ জানি না
৩০	রক্ত চাপ মাপার জন্য কোন প্রস্তুতকারকের তৈরি যন্ত্র ব্যাবহার করছেন?	☐ওমরন ☐ অন্যান্য	

		Systolic Blood Pressure (SBP)	Diastolic Blood Pressure (DBP)	Pulse
*৩১	১ম পরিমাপ			
	২য় পরিমাপ			
	৩য় পরিমাপ			

* দক্ষিণ এশিয়া – ভারত, পাকিস্তান, বাংলাদেশ, নেপাল, ভুটান, মালদ্বীপ এবং শ্রীলঙ্কা থেকে এসেছে। দক্ষিণ পূর্ব এশিয়া- পূর্ব ভারতীয় উপমহাদেশের যে কোন দেশ থেকে উৎপত্তি।

**যেসব ধরনের ঔষধ গ্রহন করা হচ্ছে যেমন- ARBs, diuretics, beta-blockers, calcium channel blockers, alpha-blockers, others. আপনি যদি ওষুধের নাম না যেনে থাকেন, তাহলে দয়া করে আপনার প্রতিদিনের বিভিন্ন ট্যাবলেটের সংখ্যা লিখুন। (যদি আপনি দিনে দুবার 1 টি ট্যাবলেট গ্রহণ করেন তবে এটি 1টি হিসাবে গণ্য হবে)।

*** যারা উদ্ভিজ এবং প্রাণীজ উভয় ধরনের খাবার খায়