

QUESTIONARIO ABBASSO LA PRESSIONE!

Domanda	Obb.	Nome campo	Tipo	Punti per calcolare il fattore di rischio
DOMANDE PRELIMINARI PER IL FARMACISTA				
Compilare solo al momento dell'iscrizione	*	Apparecchio con tecnologia AFIB?	Si/No	
	*	Comune	Valori inseriti in automatico dal sistema in base ai dati della farmacia	
	*	Regione		
DOMANDE PRELIMINARI PER IL CITTADINO				
1	*	Peso (in kg)	Numero	
2	*	Altezza (in cm)	Numero	
3	*	Genere	F/M	1 se M
4	*	Età	Numero	1 se ≥ 55 M ≥ 65 F
5	*	Diagnosi pregressa di Ipertensione	Si/No	
6	*	Sono in trattamento farmacologico antiipertensivo	Si/No	
FATTORI CORRELATI E DI RISCHIO				
7	*	Fumo	Si/No	1 se Si
8	*	Sovrappeso/Obesità	Inserito dal sistema in base al calcolo IMC	1 se sovrappeso e 2 se obeso
9	*	Storia familiare di malattia cardiovascolare precoce	Si/No	1 se Si
10	*	Diabete mellito	Si/No	3 se Si
11	*	Ipercolesterolemia	Si/No	1 se Si
12	*	Malattia cardiovascolare e/o renale	Si/No	3 se Si
13	*	Fai attività fisica almeno 30' al giorno	Si/No	1 se No
14	*	Mangi frutta e verdura tutti i giorni	Si/No	1 se No
15	*	Usi senza limitazioni il sale	Si/No	1 se Si
PRELIEVO PRESSIONE				
16		Ultima pressione (se conosciuta)	Valore massima	
			Valore minima	
17	*	Oggi la mia pressione è	Valore massima	
			Valore minima	
18		L'apparecchio ha rilevato fibrillazione? (campo da compilare solo per chi usa apparecchi AFIB)	Si/No	