

এমএমএম ২০২৫ তথ্য সংগ্রহের ফর্ম।

প্রতিটি প্রশ্নের উত্তর দিন। কালো কালি দিয়ে লিখুন এবং চেক বক্সগুলো X দিয়ে পূরণ করুন। X

১(ক)*	দেশের নাম: বাংলাদেশ	১(খ)* শহর / গ্রামের নাম:
	২* কেন্দ্রের আইডি এবং / অথবা সাইট নম্বর:	
	৩ আপনার স্ক্রিনিং করার স্থান কোথায় ?	<input type="checkbox"/> হাসপাতাল/ক্লিনিক <input type="checkbox"/> ফার্মেসি <input type="checkbox"/> পাবলিক এলাকা (বাড়ির ভিতরে) <input type="checkbox"/> পাবলিক এলাকা (বাইরে) <input type="checkbox"/> বাড়ি <input type="checkbox"/> কর্মক্ষেত্র
	৪* পরিমাপের তারিখ	/ /

এই ফর্মটি পূরণ করার মাধ্যমে আপনি এই প্রাতিষ্ঠানিক গবেষণার সাথে সম্পৃক্ত হতে সম্মত হলেন। দয়া করে প্রতিটি প্রশ্নের উত্তর দিন, যদি আপনি উত্তর না জানেন তবে জায়গাটি খালি রাখুন। অংশগ্রহণকারীকে সনাক্ত করা যায় এমন কোন ব্যক্তিগত তথ্য রেকর্ড করা হবে না, যেমন: ব্যক্তির নাম, ঠিকানা, অথবা ফোন নম্বর।

৫*	আপনার বয়স কত বছর? (জানা না থাকলে অনুমান করুন)	বছর	<input type="checkbox"/> অনুমান করা হলে X দিয়ে চিহ্নিত করুন
	৬* লিঙ্গ ?	<input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> অন্যান্য	
	৭* জাতি** (স্ব-ঘোষিত)	<input type="checkbox"/> কালো <input type="checkbox"/> সাদা <input type="checkbox"/> দক্ষিণ এশীয় <input type="checkbox"/> পূর্ব/দক্ষিণ পূর্ব এশীয় <input type="checkbox"/> মধ্য প্রাচ <input type="checkbox"/> মিশ্র <input type="checkbox"/> অন্যান্য	
	৮* শেষ কবে আপনার রক্তচাপ মাপা হয়েছিল ?	<input type="checkbox"/> কখনোই না <input type="checkbox"/> ১২ মাস আগে <input type="checkbox"/> গত ১২ মাসের মধ্যে	
	৯* এর আগে কি কখনো স্বাস্থ্য কর্মী দ্বারা আপনার উচ্চ রক্তচাপ সনাক্ত হয়েছিল (গর্ভাবস্থা ব্যতীত) ?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	
	১০* আপনি কি উচ্চ রক্তচাপ নিয়ন্ত্রণের জন্য কোনো ঔষধ গ্রহণ করেন ?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	
	১০ক* যদি ১০ এর উত্তর হ্যাঁ হয়, তাহলে বর্তমানে উচ্চ রক্তচাপ নিয়ন্ত্রণের জন্য আপনি কত ধরনের ঔষধ সেবন করছেন ? ***	<input type="checkbox"/> ১ <input type="checkbox"/> ২ <input type="checkbox"/> ৩ <input type="checkbox"/> ৪ <input type="checkbox"/> ৫+ <input type="checkbox"/> জানি না	
	১১ আপনি কি বর্তমানে উল্লিখিত ঔষধগুলো সেবন করছেন ?	ক) স্ট্যাটিনঃ <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> জানি না খ) অ্যাসপিরিনঃ <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> জানি না গ) ওয়ারফেরিন/ওরাল অ্যান্টিকোয়াগুলেন্টঃ <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> জানি না	
	১২* আপনি কি এই মুহূর্তে গর্ভবতী? (কেবলমাত্র মহিলাদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	
	১৩ আপনি কি তামাক / নিকোটিন ব্যবহার করেন ? (যেমনঃ সিগারেট, ধোঁয়াবিহীন তামাক, সিগার, পাইপ)	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না - কিন্তু আমি অতীতে করেছি <input type="checkbox"/> কখনও না	
	১৪ আপনি কি ই-সিগারেট ব্যবহার করেন ?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না - কিন্তু আমি অতীতে করেছি <input type="checkbox"/> কখনও না	
	১৫ আপনি কি মদ্য পান করেন ?	<input type="checkbox"/> কখনোই না /খুব কমই <input type="checkbox"/> প্রতি মাসে ১ - ৩ বার <input type="checkbox"/> প্রতি সপ্তাহে ১-৬ বার <input type="checkbox"/> দৈনিক	
	১৬ আপনি কতবার উচ্চ ক্যাফেইনযুক্ত পানীয় পান করেন ? (যেমন- কফি, এনার্জি ড্রিংক (যেমনঃ পাওয়ার, স্পিড))	<input type="checkbox"/> কখনোই না বা মাসে ৪ বারের কম <input type="checkbox"/> সপ্তাহে ১-৬ বার <input type="checkbox"/> দিনে ১-৩ বার <input type="checkbox"/> দিনে ৪ বা তার বেশি বার	
	১৭* আপনার কি কখনো উল্লিখিত রোগগুলোর কোনটি নির্ণয় হয়েছিল ?	ক) হার্ট অ্যাটাক <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না খ) হার্ট ফেইলুর <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না গ) ডায়াবেটিস <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না ঘ) স্ট্রোক <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না ঙ) অনিয়মিত হার্ট বিট <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না চ) কিডনি ফেইলুর <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	
	১৮ আপনার বাবা-মা, ভাই বা বোনের ডানপাশের রোগগুলো কি নির্ণয় হয়েছে ?	ক) উচ্চ রক্তচাপ <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> জানি না খ) ডায়াবেটিস <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> জানি না	
	১৯ আপনি কি প্রতি সপ্তাহে কমপক্ষে ১৫০ মিনিট মাঝারি ব্যায়াম (দ্রুত হাঁটা) বা ৭৫ মিনিট বেশি জোরালো ব্যায়াম করেন ?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	
	২০ আপনি কি জানেন, পটাশিয়াম সমৃদ্ধ (বা কম সোডিয়ামযুক্ত) লবণ রক্তচাপ কমাতে পারে ?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	
	২১ আপনি কত বছর পড়াশোনা করেছেন ?	<input type="checkbox"/> ০ <input type="checkbox"/> ১-৬ বছর <input type="checkbox"/> ৭-১২ বছর <input type="checkbox"/> ১২ বছরের বেশি	
	২২ আপনি কি বাড়িতে রক্তচাপ মাপার যন্ত্র ব্যবহার করেন ?	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ, আপনার আর্ম কাফ মনিটর <input type="checkbox"/> হ্যাঁ, রিস্ট কাফ মনিটর	
	২২ এ যদি ২২ এর উত্তর হ্যাঁ হয়, তাহলে আপনি কতবার এটি ব্যবহার করেন?	<input type="checkbox"/> মাসে ১ বারের কম <input type="checkbox"/> মাসে ১-৩ বার <input type="checkbox"/> সপ্তাহে ১-৬ বার <input type="checkbox"/> প্রতিদিন ১ বা তার বেশি	

২৩*	ওজন (পরিমাপ না করলে অনুমান করে)	কিলোগ্রাম (কেজি) _____ বা পাউন্ড _____	<input type="checkbox"/> অনুমান করা হলে X দিয়ে চিহ্নিত করুন		
	২৪* উচ্চতা	মিটার (এম) _____ বা ফিট/ইঞ্চি _____	<input type="checkbox"/> অনুমান করা হলে X দিয়ে চিহ্নিত করুন		
	২৫ আপনার কোমরের পরিমাপ কত ?	সেন্টিমিটার _____ বা ইঞ্চি _____	<input type="checkbox"/> অনুমান করা হলে X দিয়ে চিহ্নিত করুন		
	২৬ রক্তচাপ পরিমাপের জন্য কোন প্রস্তুতকারকের বিপি মেশিন ব্যবহার করছেন?	<input type="checkbox"/> ওমরন <input type="checkbox"/> অন্যান্য			
	২৭*		সিস্টোলিক ব্লাড প্রেশার	ডায়াস্টোলিক ব্লাড প্রেশার	পালস/হৃদস্পন্দন
		১ম পরিমাপ			
২য় পরিমাপ					
৩য় পরিমাপ					

\* তারকা চিহ্নিত প্রশ্নগুলোর উত্তর দেওয়া বাধ্যতামূলক। তাই সেগুলো উত্তর দেওয়া হয়েছে কিনা- সেটা নিশ্চিত করুন।

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

\*\*\*যেসকল ঔষধ গ্রহণ করা হচ্ছে, যেমন- ACE-inhibitors, ARBs, diuretics, beta-blockers, calcium channel blockers, alpha-blockers, others. আপনি যদি ঔষধের নাম না জেনে থাকেন, তাহলে দয়া করে আপনার প্রতিদিনের বিভিন্ন ট্যাবলেটের সংখ্যা লিখুন। (যদি আপনি দিনে দুইবার ১টি ট্যাবলেট গ্রহণ করেন তবে এটি ১টি হিসেবে গণ্য হবে)।