

مقایسه شاخص‌های اندازه‌گیری شده در فازهای مختلف پیمایش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر براساس پرسشنامه اجرا شده در هر دوره

## STEPwise approach to surveillance (STEPS)

مطالعه STEPS یک پیمایش ملی است که هدف آن برآورد شیوع عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سطح جمعیت است. تاکنون هفت مرحله از این مطالعه در سال‌های ۲۰۰۵، ۲۰۰۶، ۲۰۰۷، ۲۰۰۸، ۲۰۰۹، ۲۰۱۱ و ۲۰۱۶ میلادی در کشور انجام گرفته است. بنابراین می‌توان برای بدست آوردن روند تغییرات زمانی شیوع عوامل خطر، از مقایسه فازهای مختلف این مطالعه بهره گرفت. از آنجایی که پرسشنامه این مطالعه استاندارد بوده است امید آن می‌رفت که بسیاری از متغیرها در تمامی دوره‌ها به یک شکل اندازه‌گیری شده باشند. اما از طرف دیگر بویژه در سال‌های نخست انجام مطالعه که شناخت کاملی از اهمیت و چرایی انجام آن در دست نبوده است، شاهد این هستیم که گزاره‌های مورد استفاده از متن دقیق آن فاصله گرفته اند. این تنوع در گزاره‌های مورد پرسش و حتی در برخی مواقع تنوع در شاخص‌های مورد اندازه‌گیری موجب شده است که نتوان برای تمامی فازهای انجام مطالعه، تمامی شاخص‌ها را با یک تعریف واحد سنجید و تصویر دقیق و کاملی از روند تغییرات را بدست آورد.

به‌همین منظور بر آن شدیم تا به منظور یاری رساندن به محققین و علاقه‌مندان به استفاده از نتایج این مطالعات ارزشمند قدمی در راستای مقایسه‌پذیر نمودن آن‌ها برداریم. در ادامه تمام گزاره‌های مطرح شده در طول سنوات انجام این مطالعه با ذکر سال‌های مربوط به آن‌ها آورده شده است. همچنین برای سهولت بررسی، از قالب پرسشنامه‌ای استفاده شده است. لازم به ذکر است که آخرین سال انجام مطالعه (۲۰۱۶ میلادی) به‌عنوان مرجع در نظر گرفته شده است و پرسشنامه سال‌های دیگر و عبارات دقیق پرسشگری شده در ذیل آن درج شده است.

## گام اول: سنجش های رفتاری

استعمال دخانیات	
ts8	<p>۴۹- آیا در گذشته مواد دخانی مصرف می کردید؟ ۱- بلی ۲- خیر <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">سوال ۵۴</p> <p style="text-align: right; color: green;">۲۰۰۵. آیا تا به حال سیگار، پیپ، چپق، یا قلیان کشیده اید؟</p>
t6	<p>۵۰- آیا در گذشته به صورت روزانه سیگار مصرف می کردید؟ ۱- بلی ۲- خیر <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">سوال ۵۴</p> <p style="text-align: right; color: green;">۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. آیا قبلا هر روز سیگار مصرف می کردید؟</p>
t14	<p>۵۱. اگر بلی در گذشته چند نخ سیگار مصرف می کردید؟</p> <p style="text-align: right;">روزانه / نخ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">هفتگی / نخ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">ماهانه / نخ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.</p>
s4b	<p>۵۲. آیا در گذشته به طور روزانه مواد دخانی مصرف می کردید؟ (هر روز) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">۱- بلی ۲- خیر <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">سوال ۵۴</p> <p style="text-align: right; color: green;">۲۰۰۵. آیا قبلا هر روز مواد دخانی مصرف می کردید؟</p>
s4c	<p>۵۳- در گذشته کدام یک از مواد دخانی را بیشتر مصرف می کردید؟</p> <p>۱- سیگار ۲- قلیان ۳- پیپ یا چپق ۴- سایر... (ذکر شود)</p> <p style="text-align: right; color: green;">۲۰۰۶. آیا قبلا سیگار مصرف می کردید؟</p>
s1b	<p>۵۴. آیا در حال حاضر مواد دخانی مصرف می کنید؟ ۱- بلی ۲- خیر <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">سوال ۶۴</p> <p style="text-align: right; color: green;">۲۰۰۵. آیا در حال حاضر مواد دخانی مصرف می کنید؟</p>
t2	<p>۵۵. آیا در حال حاضر به صورت روزانه سیگار مصرف می کنید؟ ۱- بلی ۲- خیر <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">سوال ۶۰</p> <p style="text-align: right; color: green;">۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. آیا هر روز سیگار مصرف می کنید؟</p>
s1	<p>۵۶. در حال حاضر کدام یک از مواد دخانی را مصرف می کنید؟</p> <p>۱- سیگار ۲- قلیان ۳- پیپ یا چپق ۴- سایر... (ذکر شود)</p> <p style="text-align: right; color: green;">۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. آیا در حال حاضر سیگار مصرف می کنید؟</p> <p style="text-align: right; color: green;">۲۰۰۶. آیا از سایر فرآورده های توتون و تنباکو استفاده می کنید؟</p>
s1c	<p>۵۷. آیا در حال حاضر به طور روزانه سایر مواد دخانی مصرف می کنید؟ (هر روز) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">۱- بلی ۲- خیر <input type="checkbox"/></p>

سوال ۶۴

۲۰۰۵. آیا هر روز مواد دخانی مصرف می کنید؟  
 ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. آیا از پیپ یا چپق به صورت روزانه مصرف می کنید؟  
 ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. آیا روزانه قلیان مصرف می کنید؟

					۵۸. در حال حاضر چه مقدار مواد دخانی را مصرف می کنید؟
سیگار	قلیان	پیپ یا چپق	۳- پیپ یا چپق		۲- قلیان
			۴- سایر.... (ذکر شود)		
t5ad	t5dd	t5cd	t5ed	روزانه	۱- سیگار روزانه / نخ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> هفتگی / نخ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ماهیانه / نخ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۲- قلیان روزانه / بار <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> هفتگی / بار <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ماهیانه / بار <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۳- پیپ یا چپق روزانه / بار <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> هفتگی / بار <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ماهیانه / بار <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۴- سایر.... (ذکر شود) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
t5aw	t5dw	t5cw	t5ew	هفتگی	
t5am	t5dm	t5cm	t5em	ماهیانه	اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود. ۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. روزانه چه مقدار سیگار (نخ) مصرف می کنید؟ ۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. روزانه چند بار چپق یا پیپ پر از تنباکو مصرف می کنید؟ ۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. روزانه چند بار قلیان مصرف می کنید؟ ۲۰۰۵ ۲۰۰۶. روزانه چه مقدار سایر فرآورده های دخانی را مصرف می کنید؟ ۲۰۰۵. روزانه چه مقدار سایر فرآورده های دخانی را مصرف می کنید؟ (نام ببرید)
t3					۵۹. از چه سنی (به سال) برای اولین بار مصرف روزانه سیگار را آغاز کرده اید؟ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود. ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. از چه سنی (به سال) برای اولین بار مصرف روزانه سیگار را آغاز کرده اید؟ ۲۰۰۵. از چه زمانی مصرف روزانه دخانیات شروع شده است (به ماه) ۲۰۰۶. چه مدت است که مصرف روزانه سیگار آغاز شده؟ ۲۰۰۵. برای چه مدت مواد دخانی را به صورت روزانه مصرف می کردید؟ (به ماه) ۲۰۱۱. در چه سنی برای اولین بار مصرف روزانه قلیان را آغاز کردید؟
					۶۰. آیا مصرف روزانه سیگار را ترک کرده اید؟ ۱- بلی ۲- خیر
					۶۱. در چه سنی (چندسالگی) مصرف روزانه سیگار را ترک کرده اید؟ سیگار سن (سال): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود. ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. از چه سنی مصرف روزانه سیگار را ترک کرده اید؟ ۲۰۰۶. چه مدت پیش مصرف روزانه سیگار را ترک کرده اید؟ ۲۰۰۵. از چه زمانی مصرف روزانه دخانیات را ترک کرده اید؟ (به ماه)
ts6					۶۲. طی ۱۲ ماه گذشته تلاش کرده اید که مصرف سیگار را ترک کنید؟ ۱- بلی ۲- خیر
ts7					۶۳. آیا طی ۱۲ ماه گذشته، پزشک یا کارکنان بهداشتی به شما توصیه کرده اند که سیگار را ترک کنید؟ ۱- بلی ۲- خیر ۳- طی ۱۲ ماه گذشته با پزشک یا کارکنان بهداشتی ملاقات نداشته ام.
t17					۶۴. آیا در ۳۰ روز گذشته فردی درخانه شما در حضورتان مواد دخانی مصرف کرده است؟ ۱- بله ۲- خیر

t21	<p>۶۵- در صورت بلی ، در ۳۰ روز گذشته با چه فاصله زمانی فردی درخانه شما درحضورتان مواد دخانی مصرف کرده است؟</p> <p>۱- روزی چند بار ۲- روزانه ۳- هفته ای یک بار ۴- بیش از هفته ای یک بار</p> <p>۲۰۱۱. چند روز در هفته فردی در خانه در حضور شما سیگار مصرف می کند؟</p> <p>۲۰۱۱. چند روز در هفته فردی در محیط های عمومی و خصوصی در حضور شما قلیان مصرف می کند؟</p>
t19	<p>۶۵،۱. کدام یک از مواد دخانی را بیشتر مصرف کرده است؟</p> <p>۱- سیگار ۲- قلیان ۳- پیپ یا چپق ۴- سایر</p>
t18	<p>۶۶. آیا در ۳۰ روز گذشته فردی در محل کار شما (محیط سر بسته دولتی یا غیر دولتی) درحضورتان مواد دخانی مصرف کرده است؟</p> <p>۱- بله ۲- خیر</p> <p>۲۰۱۱. چند روز در هفته فردی در محل کار در حضور شما سیگار مصرف می کند؟</p>
t20	<p>۶۷. آن فرد در محل کار شما (محیط سر بسته دولتی یا غیر دولتی) کدام یک از مواد دخانی را بیشتر مصرف کرده است؟</p> <p>۱- سیگار ۲- قلیان ۳- پیپ یا چپق ۴- سایر</p>

## تغذیه

d1	<p style="text-align: right;">□ □</p> <p>۶۸. طی یک هفته معمولی، چند روز در هفته میوه مصرف می کنید؟ اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.</p> <p style="text-align: right; color: green;">۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. چند روز در هفته میوه مصرف می کنید؟ (سال ۲۰۰۵: هفته گذشته)</p>
d7	<p style="text-align: right;">۶۹. آیا در روز گذشته (۲۴ ساعت گذشته) میوه مصرف نموده اید؟</p> <p style="text-align: right;">۱- بلی      ۲- خیر</p> <p style="text-align: right;">← سوال ۷۰      ← سوال ۷۱</p>
d2	<p style="text-align: right;">۷۰. در صورت پاسخ بلی، چه میزان میوه مصرف کرده اید؟</p> <p style="text-align: center;">□</p> <p>۱. کمتر از یک بشقاب میوه خوری (کمتر از یک عدد میوه متوسط مثل یک سیب متوسط یا یک چهارم لیوان خشکبار)</p> <p>۲. یک بشقاب میوه خوری (یک عدد میوه متوسط مثل یک سیب متوسط یا یک چهارم لیوان خشکبار)</p> <p>۳. یک بشقاب پلو خوری (دو عدد میوه متوسط مثل دو سیب متوسط یا نصف لیوان خشکبار)</p> <p>۴. بیش از یک بشقاب پلو خوری (بیش از دو عدد میوه متوسط مثل دو سیب متوسط یا نصف لیوان خشکبار)</p> <p style="text-align: right;">اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.</p> <p style="text-align: right;">گزینه ۲ معادل مصرف یک واحد میوه (میزان مورد نیاز طی ۲۴ ساعت) است.</p> <p style="text-align: right; color: green;">۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. بطور متوسط چند واحد میوه در روز (سال ۲۰۰۵: چندبار)</p>
d3	<p style="text-align: right;">۷۱. طی یک هفته معمولی، چند روز در هفته سبزیجات مصرف می کنید؟</p> <p style="text-align: center;">□ □</p> <p style="text-align: right;">اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.</p> <p style="text-align: right; color: green;">۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. چند روز در هفته سبزیجات مصرف می کنید؟ (سال ۲۰۰۵: هفته گذشته)</p>
d8	<p style="text-align: right;">۷۲. آیا در روز گذشته (۲۴ ساعت گذشته) سبزی مصرف نموده اید؟</p> <p style="text-align: right;">۱- بلی      ۲- خیر</p> <p style="text-align: right;">← سوال ۷۳      ← سوال ۷۴</p>
d4	<p style="text-align: right;">۷۳. در صورت پاسخ بلی، چه میزان سبزی مصرف کرده اید؟</p> <p style="text-align: center;">□</p> <p>۱. کمتر از یک بشقاب میوه خوری (کمتر از سه لیوان سبزی خام برگدار مانند اسفناج / کاهو یا یک ونیم لیوان سبزی پخته یا خردشده)</p> <p>۲. یک بشقاب میوه خوری (سه لیوان سبزی خام برگدار مانند اسفناج / کاهو یا یک ونیم لیوان سبزی پخته یا خردشده)</p> <p>۳. یک بشقاب پلو خوری (چهار یا پنج لیوان سبزی خام برگدار مانند اسفناج / کاهو یا دو یا دو و نیم لیوان سبزی پخته یا خردشده)</p> <p>۴. بیش از یک بشقاب پلو خوری (بیش از چهار یا پنج لیوان سبزی خام برگدار مانند اسفناج / کاهو یا دو یا دو و نیم لیوان سبزی پخته یا خردشده)</p> <p style="text-align: right;">اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.</p> <p style="text-align: right;">گزینه ۲ معادل مصرف سه واحد سبزی (میزان مورد نیاز طی ۲۴ ساعت) است.</p> <p style="text-align: right; color: green;">۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. بطور متوسط چند واحد سبزیجات در روز (سال ۲۰۰۵: چندبار)</p>
d9	<p style="text-align: right;">۷۴. آیا در روز گذشته (۲۴ ساعت گذشته) شیر و لبنیات (شامل شیر، ماست، پنیر، دوغ، کشک و بستنی) مصرف نموده اید؟</p> <p style="text-align: center;">□</p> <p style="text-align: right;">۱- بلی      ۲- خیر</p> <p style="text-align: right;">← سوال ۷۵      ← سوال ۷۶</p> <p style="text-align: right; color: green;">۲۰۰۵. آیا شیر و لبنیات مصرف می کنید؟</p> <p style="text-align: right; color: green;">۲۰۰۵. بطور متوسط چند بار در هفته گذشته شیر و لبنیات مصرف کرده اید؟</p> <p style="text-align: right; color: green;">۲۰۱۱. بطور متوسط چند روز در یک هفته معمولی لبنیات (شیر، ماست، پنیر، دوغ، کشک و بستنی) مصرف می کنید؟</p>
d6	<p style="text-align: right;">۷۵. در صورت پاسخ بلی، چه میزان شیر و لبنیات مصرف کرده اید؟</p> <p style="text-align: center;">□</p>

	<p>۱- کمتر از یک لیوان معمولی شیر یا ماست کم چرب یا کمتر از دو لیوان دوغ</p> <p>۲- یک لیوان معمولی شیر یا ماست کم چرب یا دو لیوان دوغ</p> <p>۳- دو لیوان معمولی شیر یا ماست کم چرب یا چهار لیوان دوغ</p> <p>۴- بیش از دو لیوان معمولی شیر یا ماست کم چرب یا چهار لیوان دوغ</p> <p>اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود..</p> <p>گزینہ ۳ معادل مصرف دو واحد لبنیات(میزان مورد نیاز طی ۲۴ ساعت) است.</p> <p>۲۰۱۱. بطور متوسط چند واحد در روز لبنیات (شیر، ماست، پنیر، دوغ، کشک و بستنی) مصرف می کنید؟</p> <p>۲۰۰۵. چندبار مصرف کره حیوانی در هفته گذشته</p> <p>۲۰۰۵. چندبار مصرف شیر پر چرب در هفته گذشته</p> <p>۲۰۰۵. چندبار مصرف خامه و سر شیر در هفته گذشته</p> <p>۲۰۰۵. چندبار مصرف پنیر پر چرب (خامه ای) در هفته گذشته</p> <p>۲۰۰۵. چندبار مصرف ماست پر چرب(خامه ای) در هفته گذشته</p>
d10	<p>۱-بلی</p> <p>۲-خیر</p> <p>سوال ۷۷</p> <p>سوال ۷۸</p> <p>۱۷۶. آیا در هفته گذشته ماهی مصرف کرده اید؟</p>
d11	<p>۱۷۷. در صورت پاسخ بلی، چند بار در هفته گذشته ماهی مصرف کرده اید؟.....بار</p> <p>۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. بطور متوسط چند بار در هفته ماهی مصرف می کنید؟ (سال 2005: هفته گذشته)</p>
d5	<p>۱۷۸. در خانوار بیشتر از چه نوع روغن یا چربی برای طبخ غذا استفاده می شود؟</p> <p>۱. روغن نباتی جامد</p> <p>۲. روغن نباتی مایع ویاسرخ کردنی</p> <p>۳. کره یا روغن حیوانی</p> <p>۴. پیه یا دنبه</p> <p>۵. کره نباتی (مارگارین)</p> <p>۶. هیچ یک را بیش از سایر انواع مصرف نمی کند.</p> <p>۷. اصلاً روغن و چربی مصرف نمی کند.</p> <p>۸. سایر.....</p> <p>اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.</p> <p>۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. معمولاً بیشتر از چه نوع روغنی برای پخت غذا استفاده می کنید؟</p>
<b>نمک مربوط به رژیم غذایی</b>	
d12	<p>۱۷۹. هر چند وقت یکبار هنگام صرف غذا نمک یا افزودنی های شور مانند سس سویا به غذای خود اضافه می کنید؟</p> <p>۱- همیشه</p> <p>۲- اغلب</p> <p>۳- گاهی اوقات</p> <p>۴- به ندرت</p> <p>۵- هرگز</p> <p>اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.</p>

d13	<input type="checkbox"/> <p>۱-بلی ۲-خیر ← سوال ۸۱ ← سوال ۸۲</p> <p>۲۰۰۵. چندبار مصرف نمک سر سفره در هفته گذشته</p> <p>۲۰۱۱. آیا در سر سفره از نمکدان استفاده می کنید؟</p>
d14	<input type="checkbox"/> <p>۱-خیلی زیاد ۲-زیاد ۳-متوسط ۴-کم ۵-خیلی کم</p> <p>۸۱.میزان نمکی که مصرف کرده اید چقدر بوده است؟</p>
d15	<input type="checkbox"/> <p>۱-بلی ۲-خیر</p> <p>۸۲.آیا در هفته گذشته غذاهای آماده و فراوری شده مانند سوسیس و کالباس که حاوی نمک زیاد بوده اند، مصرف کرده اید؟</p>
d16	<input type="checkbox"/> <p>۸۳.اگر بلی ، چند بار مصرف کرده اید؟.....بار</p> <p>۲۰۰۵. چندبار مصرف غذای سرخ کرده در هفته گذشته</p> <p>۲۰۰۵. چندبار مصرف نوشابه های گازدارو آب میوه های صنعتی در هفته گذشته</p> <p>۲۰۱۱. بطور متوسط چند روز در یک هفته معمولی نوشابه های گازدارو آب میوه های صنعتی مصرف می کنید؟</p> <p>۲۰۰۵. چندبار مصرف ساندویچ (همبرگر،سوسیس، کالباس، پیتزا و سمبوسه) در هفته گذشته</p> <p>۲۰۱۱. بطور متوسط چند روز در یک هفته معمولی ساندویچ (همبرگر،سوسیس، کالباس، پیتزا و سمبوسه) مصرف می کنید؟</p> <p>۲۰۰۵. چندبار مصرف چیپس، پفک، آب نبات وشکلات در هفته گذشته</p>
d17	<input type="checkbox"/> <p>۱-بلی ۲-خیر</p> <p>۸۴.آیا مصرف نمک باعث ایجاد مشکلی در سلامتی شما شده است؟</p> <p>اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.</p>
d18	<input type="checkbox"/> <p>۸۵.کاهش نمک مصرفی در رژیم غذایی چقدر برای شما اهمیت دارد؟</p> <p>۱-خیلی مهم است</p> <p>۲-تاحدودی مهم است</p> <p>۳-اصلا مهم نیست</p> <p>اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.</p>
<b>فعالیت بدنی</b>	
<b>هنگام کار</b>	
p1	<input type="checkbox"/> <p>۸۶-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)، می گردد؟ (مانند حمل بارهای سنگین و کارهای ساختمانی، اره کردن چوب، حفاری ، آسیاب کردن با دسته هاون،بیل زدن، مری ورزشهای سنگین، مری ورزشهای هوازی )</p> <p>۱-بلی ۲-خیر ← سوال ۸۷ ← سوال ۸۹</p>

		<p>۲۰۰۵. آیا در هنگام کار تحرک بدنی دارید؟</p> <p>۲۰۰۵. این تحرک بدنی، هر دفعه حداقل چه مدت زمان طول می کشد؟</p> <p>۲۰۰۵. معمولاً چه نوع فعالیت بدنی در هنگام کار دارید؟</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. فعالیت با شدت زیاد</p>
p2	<input type="checkbox"/>	<p>۸۷. چند روز در طول یک هفته معمولی در هنگام کار فعالیت بدنی با شدت زیاد دارد؟.....روز</p> <p>2005. در هفته گذشته، چند روز فعالیت بدنی در حین کار داشتند؟</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. چند روز در هفته فعالیت با شدت زیاد</p>
p3a p3b	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>دقیقه          ساعت</p>	<p>۸۸. در روز گذشته، هنگام کار چه مدت را به فعالیت بدنی با شدت زیاد گذرانده اید؟</p> <p>۲۰۰۵. بطور متوسط چند ساعت در شبانه روز کار میکنید؟</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. چه مدت فعالیت با شدت زیاد (ساعت)</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. چه مدت فعالیت با شدت زیاد (دقیقه)</p>
p4	<input type="checkbox"/>	<p>۸۹. 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)، می گردد؟ (مانند کارگر نظافت، باغبانی، دوشیدن شیر، تراشیدن چوب، هم زدن سیمان، مراقبت از حیوانات و ...)</p> <p>بلی-۱          خیر-۲</p> <p>سوال ۹۰          سوال ۹۲</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. فعالیت با شدت متوسط</p>
p5	<input type="checkbox"/>	<p>۹۰. چند روز در طول یک هفته معمولی در هنگام کار فعالیت بدنی با شدت متوسط دارید؟.....روز</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. چند روز در هفته فعالیت با شدت متوسط</p>
p6a p6b	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>دقیقه          ساعت</p>	<p>۹۱. در روز گذشته، هنگام کار چه مدت را به فعالیت بدنی با شدت متوسط گذرانده اید؟</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. چه مدت فعالیت با شدت متوسط (ساعت)</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. چه مدت فعالیت با شدت متوسط (دقیقه)</p>
<b>هنگام رفت و آمد</b>		
p06		<p>۹۲. آیا هنگام رفت و آمد، پیاده روی یا دوچرخه سواری که حداقل ۱۰ دقیقه به طور مداوم طول کشیده باشد، انجام می دهید؟</p>



	<p>۱-بلی ۲-خیر</p>  <p>سوال ۹۳      سوال ۹۴</p> <p>۲۰۰۵. آیا پیاده یا با دو چرخه رفت و آمد می کنید؟</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. پیاده روی یا دوچرخه سواری</p>
p08	<p>۹۳. چند روز در هفته گذشته، برای رفت و آمد، پیاده روی یا دوچرخه سواری که حداقل ۱۰ دقیقه به طور مداوم طول کشیده باشد، انجام داده اید؟.....روز</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>۲۰۰۵. در هفته گذشته، چند روز برای رفت و آمد خود، دوچرخه سواری یا پیاده روی کرده اید؟</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. چند روز پیاده روی یا دوچرخه سواری در هفته</p>
p07h p07	<p>۹۴. در روز گذشته (۲۴ ساعت گذشته)، برای رفت و آمد چه مدت پیاده روی یا دوچرخه سواری انجام داده اید؟</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>دقیقه      ساعت</p> <p>۲۰۰۵. در هر بار جابجایی و رفت و آمد، چند دقیقه دوچرخه سواری یا پیاده روی می کنید؟</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. چه مدت پیاده روی یا دوچرخه سواری (ساعت)</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. چه مدت پیاده روی یا دوچرخه سواری (دقیقه)</p>
<b>هنگام تفریح و تفنن</b>	
p10	<p>۹۵. آیا هیچگونه فعالیت ورزشی و تفریحی با شدت زیاد که حداقل ۱۰ دقیقه مداوم به طول انجامیده و تنفس و ضربان قلب فرد را به شدت افزایش دهد ( مثل بازی فوتبال و دویدن، کوهنوردی، ورزش هوازی، شنای سریع) انجام می دهید؟ ۱-بلی ۲-خیر</p> <p><input type="checkbox"/> سوال ۹۶</p> <p>۲۰۰۵. آیا در اوقات فراغت حداقل ۱۰ دقیقه ورزش می کنید؟</p> <p>۲۰۰۵. در اوقات فراغت چه ورزشی می کنید؟</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. ورزش با شدت زیاد</p>
p11	<p>۹۶. در هفته گذشته، چند روز فعالیت ورزشی و تفریحی با شدت زیاد انجام داده اید؟</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>۲۰۰۵. در هفته گذشته، چند روز در اوقات فراغت، فعالیت ورزشی داشتید؟</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. چند روز ورزش با شدت زیاد در هفته</p>
p12a p12b	<p>۹۷. در روز گذشته، چه مدت فعالیت ورزشی و تفریحی با شدت زیاد انجام داده اید؟</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>دقیقه      ساعت</p>

		<p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. چه مدت ورزش با شدت زیاد (ساعت)</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. چه مدت ورزش با شدت زیاد (دقیقه)</p>
p13	<p>۹۸. آیا هیچگونه فعالیت ورزشی و تفریحی با شدت متوسط که حداقل ۱۰ دقیقه مداوم به طول انجامیده و تنفس و ضربان قلب فرد را اندکی افزایش می دهد ( مثل والیبال، شنا، دوچرخه سواری ، یوگا) انجام می دهید؟</p> <p>۱-بلی ۲-خیر</p> <p>سوال ۹۹</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. ورزش با شدت متوسط</p>	
p14	<p>۹۹. در هفته گذشته ، چند روز فعالیت ورزشی و تفریحی با شدت متوسط انجام داده اید؟</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. چند روز ورزش با شدت متوسط در هفته</p>	<input type="checkbox"/>
p15a p15b	<p>۱۰۰. در روز گذشته ، چه مدت فعالیت ورزشی و تفریحی با شدت متوسط انجام داده اید؟</p> <p>دقیقه ساعت</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. چه مدت ورزش با شدت متوسط (ساعت)</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. چه مدت ورزش با شدت متوسط (دقیقه)</p>	<p>—————</p> <p>دقیقه ساعت</p>
<b>هنگام استراحت</b>		
p16a p16b	<p>۱۰۱. در روز گذشته چه مدت زمان را به نشستن و آرامش گذرانده اید؟</p> <p>دقیقه ساعت</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. چه مدت نشستن (ساعت)</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. چه مدت نشستن (دقیقه)</p>	<p>—————</p> <p>دقیقه ساعت</p>

<b>سابقه فشار خون بالا</b>		
h0e	<p>۱۰۲. آیا تاکنون پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی، فشار خون شما را اندازه گیری کرده است ؟</p> <p>۱-بلی ۲-خیر</p> <p>سوال ۱۰۴</p> <p>۲۰۱۱. آیا تاکنون فشار خون توسط پزشک یا کارکنان بهداشتی اندازه گیری شده؟</p> <p>۲۰۰۵. آیا در یک سال گذشته فشار خون توسط پزشک یا کارکنان بهداشتی اندازه گیری شده؟</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹. آخرین بار چه زمانی فشارخون توسط پزشک یا کارکنان بهداشتی اندازه گیری شده است؟</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
h2e	<p>۱۰۳. آیا تاکنون پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که فشار خونتان بالاست یا بیماری فشار خون بالا دارید ؟</p> <p>۱-بلی ۲-خیر</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

	<p>۲۰۱۱. آیا تاکنون پزشک یا یک کارمند بهداشتی به شما گفته است که فشار خونتان بالاست یا بیماری فشار خون بالا دارید؟</p> <p>۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. تشخیص فشار خون توسط پزشک یا کارکنان بهداشتی در یک سال گذشته</p>
h2y	<p>۱۰۴. آیا طی ۱۲ ماه گذشته پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی برای اولین بار به شما گفته است که فشار خونتان بالاست یا بیماری فشار خون بالا دارید؟</p> <p>۱- بلی ۲- خیر</p> <p>سوال ۱۰۶</p>
h3a	<p>۱۰۵. آیا طی دو هفته گذشته پزشک به علت فشار خون بالا برای شما دارو تجویز کرده است؟</p> <p>۱- بلی ۲- خیر ۳- نیاز به تجویز دارو نبوده است.</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. روش کنترل فشارخون طبق نظر پزشک با داروی شیمیایی (۲ هفته اخیر)</p> <p>۲۰۰۵. روش کنترل فشارخون طبق نظر پزشک با داروی شیمیایی (حداقل ۲ هفته)</p> <p>۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹. روش کنترل فشارخون طبق نظر پزشک با رژیم غذایی</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. روش کنترل فشارخون طبق نظر پزشک با کاهش وزن</p> <p>۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. روش کنترل فشارخون طبق نظر پزشک با ترک دخانیات</p> <p>۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. روش کنترل فشارخون طبق نظر پزشک با ورزش یا فعالیت بدنی</p> <p>۲۰۱۱. روش کنترل فشارخون طبق نظر پزشک با کاهش مصرف نمک</p> <p>۲۰۰۶. آیا در ۱۲ ماه اخیر برای بیماری فشارخون به عطاری مراجعه نموده است؟</p> <p>۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. آیا هم اکنون برای بیماری فشارخون خود داروی گیاهی یا درمان سنتی دریافت می کند؟</p>
H3c	<p>۱۰۵. آیا در حال حاضر ، برای کنترل فشارخون دارو مصرف می کنید؟</p> <p>۱- بلی ۲- خیر</p>
h3b	<p>۱۰۶- آیا در منزل وسیله اندازه گیری فشارخون (فشارسنج) دارید؟</p> <p>۱- بلی ۲- خیر</p>
<b>سابقه دیابت</b>	
h6	<p>۱۰۷. آیا تاکنون قند خون شما توسط پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی، اندازه گیری شده است ؟</p> <p>۱- بلی ۲- خیر</p> <p>سوال ۱۰۹</p> <p>۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. آیا در یکسال گذشته قند خون خود را اندازه گیری کرده اید؟</p>
x9	<p>۱۰۸. آیا تاکنون پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که قند خونتان بالاست یا دیابت دارید ؟</p> <p>۱- بلی ۲- خیر</p> <p>۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. آیا تا بحال پزشک شما گفته است که قند خون شما بالاست؟</p>
h7c	<p>۱۰۹. آیا طی ۱۲ ماه گذشته پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی برای اولین بار به شما گفته است که قند خونتان بالاست یا دیابت دارید ؟</p>

	<input type="checkbox"/> ۱- بلی ۲- خیر سوال ۱۱۳ ←
h88	۱۱۰. آیا طی دو هفته گذشته پزشک به علت دیابت برای شما دارو تجویز کرده است؟ ۱- بلی ۲- خیر ۳- نیاز به تجویز دارو نبوده است.
h8a	۱۱۱. آیا در حال حاضر پزشک به علت دیابت برای شما انسولین تجویز کرده است؟ ۱- بلی ۲- خیر
h8b	۱۱۲. آیا در حال حاضر پزشک به علت دیابت برای شما داروی خوراکی تجویز کرده است؟ ۱- بلی ۲- خیر کدامیک از روشهای زیر را طبق نظر پزشک برای درمان دیابت، استفاده کرده اید؟ ۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. انسولین ۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. داروی شیمیایی (داروی خوراکی) ۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. رژیم غذایی ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. توصیه یا درمان برای کاهش وزن ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. توصیه یا درمان برای ترک دخانیات ۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. ورزش (فعالیت بدنی) ۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. آیا هم اکنون برای بیماری قند خود داروی گیاهی یا درمان سنتی دریافت می کند؟
H8c	۱۱۳- آیا در منزل وسیله اندازه گیری قند خون (گلوکومتر) دارید؟ ۱- بلی ۲- خیر سوال ۱۱۴ ←
H8d	۱۱۴- با چه فاصله زمانی با استفاده از گلوکومتر، قند خون خود را اندازه گیری می کنید؟ ۱- هر روز با فواصل مشخص بر اساس توصیه پزشک یا کارکنان بهداشتی ۲- با فاصله ای بیش از یک روز بر اساس توصیه پزشک یا کارکنان بهداشتی ۳- فاصله زمانی مشخصی ندارد، هر زمان خودم تصمیم بگیرم. ۴- نمی دانم
	۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. آیا بستگان درجه یک شما کسی مبتلا به دیابت یا مرض قند است؟ ۲۰۰۶. آیا در ۱۲ ماه اخیر برای بیماری قند به عطاری مراجعه نموده است؟
<b>سابقه کلسترول تام بالا</b>	
h12	۱۱۵- آیا تاکنون کلسترول شما توسط پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی، اندازه گیری شده است؟ ۱- بلی ۲- خیر سوال ۱۱۷
h13a	۱۱۶. آیا تاکنون پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که میزان کلسترول خونتان بالاست؟ ۱- بلی ۲- خیر
h13b	۱۱۷. آیا طی ۱۲ ماه گذشته پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی برای اولین بار به شما گفته است که کلسترول خونتان بالاست؟ ۱- بلی ۲- خیر سوال ۱۱۹ ←

h14	۱۱۸. آیا طی دو هفته گذشته پزشک به علت کلسترول خون بالا برای شما داروی خوراکی تجویز کرده است؟ ۱- بلی ۲- خیر ۳- نیاز به تجویز دارو نبوده است. <input type="checkbox"/>
H14a	۱۱۸.۱. آیا در حال حاضر، به علت کلسترول خون بالا داروی خوراکی (مانند لوستاتین، سیمواستاتین، آترواستاتین و سایر استاتین ها) مصرف می کنید؟ ۱- بلی ۲- خیر <input type="checkbox"/>

### سابقه بیماریهای قلبی عروقی

h19	۱۱۹. آیا در حال حاضر برای پیشگیری یا درمان بیماری قلبی استاتین ( لوستاتین، سیمواستاتین، آترواستاتین و سایر استاتین ها) مصرف می کنید؟ ۱- بلی ۲- خیر <input type="checkbox"/>
h17a	۱۲۰.۱. آیا در ۱۲ ماه گذشته پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که دچار سکته قلبی شده اید؟ ۱- بلی ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۲۰۱۱. آیا تاکنون یک پزشک یا کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که دچار بیماری عروقی قلب (سکته قلبی، حمله قلبی و ...) هستید؟
H17b	۱۲۰.۲. آیا در ۱۲ ماه گذشته پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که دچار سکته مغزی شده اید؟ ۱- بلی ۲- خیر <input type="checkbox"/>
h18	۱۲۱. آیا در حال حاضر برای پیشگیری یا درمان بیماری قلبی آسپرین مصرف می کنید؟ ۱- بلی ۲- خیر <input type="checkbox"/>
	۲۰۱۱. آیا تاکنون درد، ناراحتی و یا نوعی فشار و سنگینی در وسط قفسه سینه یا زیر جناغ سینه خود احساس کرده اید؟ ۲۰۱۱. آیا هنگامی که به آرامی یا با عجله راه میروید یا از سربالایی بالا میروید دچار درد در قفسه سینه میشوید؟ ۲۰۱۱. آیا با تغییر وضعیت (ایستادن، نشستن و یا آهسته تر راه رفتن) و یا مصرف قرص زیر زبانی درد برطرف میشود؟ ۲۰۱۱. آیا درد کمتر از ۱۰ دقیقه برطرف میشود؟

### وضعیت سلامت عضلانی اسکلتی (این قسمت تنها در مطالعه سال ۲۰۱۱ موجود است)

	آیا تاکنون یک پزشک و یا کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که شما دچار پوکی استخوان هستید؟ آیا در سال گذشته مبتلا به دردهای زیر شده اید به شکلی که بیش از ۳ ماه مداوم طول کشیده باشد؟ (کمر) آیا در سال گذشته مبتلا به دردهای زیر شده اید به شکلی که بیش از ۳ ماه مداوم طول کشیده باشد؟ (گردن) آیا در سال گذشته مبتلا به دردهای زیر شده اید به شکلی که بیش از ۳ ماه مداوم طول کشیده باشد؟ (زانو)
--	---

### آسم (این قسمت تنها در مطالعه سال ۲۰۱۱ موجود است)

	آیا تاکنون یک پزشک و یا کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که شما دچار بیماری آسم هستید؟ آیا طی یکسال گذشته علائم تنفسی زیر (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) داشته اید؟ (سرفه بیش از ۴ هفته) آیا طی یکسال گذشته علائم تنفسی زیر (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) داشته اید؟ (خس خس سینه مکرر) آیا طی یکسال گذشته علائم تنفسی زیر (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) داشته اید؟ (تنگی نفس)
--	--

### سرطان (این قسمت تنها در مطالعه سال ۲۰۱۱ موجود است)

	آیا تاکنون پزشک متخصص برای شما تشخیص سرطان سینه داده است؟
--	---

آیا در خانواده درجه اول شما (پدر، مادر، خواهر، برادر و فرزندان) فرد مبتلا یا فوت کرده به علت سرطان سینه وجود دارد؟  
آیا تاکنون پزشک متخصص برای شما تشخیص سرطان روده بزرگ داده است؟  
آیا در خانواده درجه اول شما (پدر، مادر، خواهر، برادر و فرزندان) فرد مبتلا یا فوت کرده به علت سرطان روده بزرگ وجود دارد؟

### مغز و اعصاب (این قسمت تنها در مطالعه سال ۲۰۱۱ موجود است)

آیا تاکنون یک پزشک به شما گفته است که دچار بیماری عروقی مغز (سکته مغزی، خونریزی مغزی) هستید؟  
آیا تا به حال هیچیک از موارد زیر را داشته اید: اختلال ناگهانی در صحبت کردن، احساس ضعف در بازو، پا، یک طرف بدن و یا بی حسی در یک طرف بدن

### بهداشت دهان و دندان (این قسمت تنها در مطالعه سال ۲۰۱۱ موجود است)

روزانه چند مرتبه مسواک می زنید؟  
روزانه چند بار از نخ دندان استفاده می کنید؟

## توصیه های سبک زندگی

h20a	۱۲۲. آیا طی سه سال گذشته پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی، موارد زیر را در راستای اصلاح سبک زندگی به شما توصیه کرده است؟
h20b	۱- ترک دخانیات ۲- کاهش مصرف نمک
h20c	۳- مصرف حداقل ۵ واحد میوه و یا سبزیجات در روز
h20d	۴- کاهش مصرف چربی در رژیم غذایی
h20e	۵- ورزش یا فعالیت بدنی ۶- کاهش وزن یا حفظ وزن بدن در حد طبیعی امکان انتخاب چند گزینه وجود دارد.
h20f	۱۲۳- آیا در هفته گذشته اتفاقی برای شما افتاده است که منجر به احساس استرس شدید در شما شده باشد؟ ۱- بلی ۲- خیر
h20g	۱۲۴- آیا در هفته گذشته اتفاقی برای شما افتاده است که منجر به عصبانیت شدید در شما شده باشد؟ ۱- بلی ۲- خیر
h20h	۱۲۵- آیا در هفته گذشته اتفاقی برای شما افتاده است که منجر به احساس غم شدید در شما شده باشد؟ ۱- بلی ۲- خیر
h20i	

## غربالگری سرطان دهانه رحم

cx1	۱۲۶. آیا تا به حال تست غربالگری سرطان دهانه رحم انجام داده اید؟ ۱- بلی ۲- خیر
	اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.

## حوادث

a1	۱۲۷. آیا در یکسال گذشته حادثه ای منجر به بستری، برای شما اتفاق افتاده است؟ ۱- بلی ۲- خیر
a2	۱۲۸. در یکسال گذشته حادثه ای منجر به آسیب جسمی برای شما اتفاق افتاده است که بصورت سرپایی در اورژانس بیمارستان درمان شده باشید؟ ۱- بلی ۲- خیر
a3	۱۲۹. این حادثه در چه مکانی اتفاق افتاده است؟ ۱. منزل ۲. معابر ترافیکی ۳. اماکن آموزشی ۴. محل کار ۵. اماکن ورزشی و تفریحی ۶. سایر موارد سایر موارد درج گردد.
a4	۱۳۰. نوع حادثه چه بوده است؟ ۱. ترافیکی ۲. سوختگی غیر عمدی

		<p>۳. سقوط و زمین خوردن</p> <p>۴. غرق شدگی</p> <p>۵. برق گرفتگی</p> <p>۶. مسمومیت غیر عمدی</p> <p>۷. خودکشی</p> <p>۸. خشونت</p> <p>۹. گزش مار و عقرب</p> <p>۱۰. حمله حیوانات</p> <p>۱۱. ضربه</p> <p>۱۲. سایر موارد.....</p> <p>سایر موارد درج گردد</p>
a9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>۱۳۱. اگر حادثه ترافیکی بوده است، در کدام شهرستان رخ داده است؟ .....</p> <p>کد شهرستان</p> <p>اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.</p>
a5	<input type="checkbox"/>	<p>۱۳۲. وضعیت استقرار مصدوم هنگام حادثه ترافیکی به چه نحو بوده است؟</p> <p>۱. راننده موتورسیکلت</p> <p>۲. سرنشین موتورسیکلت</p> <p>۳. راننده خودروی چهارچرخ</p> <p>۴. سرنشین خودروی چهار چرخ</p> <p>۵. راننده وسیله نقلیه باربری سنگین</p> <p>۶. سرنشین وسیله نقلیه باربری سنگین</p> <p>۷. راننده اتوبوس یا مینی بوس</p> <p>۸. سرنشین اتوبوس یا مینی بوس</p> <p>۹. دوچرخه</p> <p>۱۰. قطار</p> <p>۱۱. هواپیما</p> <p>۱۲. عابر پیاده</p> <p>اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.</p>
a6	<input type="checkbox"/>	<p>۱۳۳. نتیجه حادثه چه بوده است؟</p> <p>۱- آسیبی به فرد نرسیده است.</p> <p>۲- شکستگی</p> <p>۳- پارگی احشا</p> <p>۴- پارگی پوست</p> <p>۵- سوختگی</p> <p>۶- قطع عضو</p> <p>۷- نقص عضو</p> <p>۸- سایر موارد (نام برده شود)</p>



		سایر موارد درج گردد اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.
a10	<input type="checkbox"/>	۱۳۴. آیا حادثه رخ داده منجر به معلولیت شده است؟ ۱- بلی ۲- خیر
a11	<input type="checkbox"/>	۱۳۵. در صورت بروز معلولیت ناشی از حادثه، آسیب رخ داده به چه نحو پیش رفته است؟ ۱- آسیب رخ داده در کمتر از یک ماه بهبود پیدا کرده است ۲- آسیب رخ داده بین یک ماه تا ۶ ماه بهبود پیدا کرده است ۳- آسیب رخ داده بین ۶ ماه تا ۹ ماه بهبود بهبود پیدا کرده است ۴- آسیب رخ داده بهبود پیدا نکرده است اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.
a7	<input type="checkbox"/>	۱۳۶. آیا در آخرین باری که در صندلی های جلوی خودرو نشسته اید( به عنوان راننده و یا سرنشین) از کمربند ایمنی استفاده کرده اید؟ ۱- بلی ۲- خیر اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.
a8	<input type="checkbox"/>	۱۳۷. آیا در آخرین باری که با موتورسیکلت تردد کرده اید( به عنوان راننده یا همراه) از کلاه ایمنی استفاده نموده اید؟ ۱- بلی ۲- خیر اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.

### مصرف الکل

a11	<input type="checkbox"/>	۱۳۰. توجه شود که سوالات مصرف الکل 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 اهمیتیتی خواهد شد. ۱۳۸. آیا تاکنون نوشیدنی های الکلی مصرف کرده اید؟ ۱- بلی ۲- خیر اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود. ■ در صورتیکه تمایل به پاسخ دادن به این سوال ندارد کد ۷۷۷۷ درج می شود. ۲۰۱۱. آیا تاکنون نوشیدنی های الکلی مصرف کرده اید؟
a12	<input type="checkbox"/>	۱۳۹. آیا در طول ۱۲ ماه گذشته نوشیدنی های الکلی مصرف کرده اید؟ ۱- بلی ۲- خیر اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود. ■ در صورتیکه تمایل به پاسخ دادن به این سوال ندارد کد ۷۷۷۷ درج می شود. ۲۰۱۱. آیا در طول ۱۲ ماه گذشته نوشیدنی های الکلی مصرف کرده اید؟
A13	<input type="checkbox"/>	۱۴۰. طی دوازده ماه گذشته با چه فاصله ای نوشیدنی های الکلی مصرف کرده اید؟ ۱- هر روز ۲- ۵ تا ۶ روز در هفته

		<p>۳-۳ تا ۴ روز در هفته  ۴-۱ تا ۲ روز در هفته  ۵-۱ تا ۳ روز در ماه  ۶- کمتر از یک بار در ماه  اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.</p> <p>■ در صورتیکه تمایل به پاسخ دادن به این سوال ندارد کد ۷۷۷۷ درج می شود.  ۲۰۱۱. در طی دوازده ماه گذشته با چه فاصله ای نوشیدنی های الکلی مصرف کرده اید؟</p>
al4	<input type="checkbox"/>	<p>۱۴۱- طی دوازده ماه گذشته هر چند وقت یکبار، ۶ پیمانانه یا بیشتر مشروبات الکلی را در یک وعده نوشیده اید؟</p> <p>۱- هیچوقت  ۲- روزانه یا تقریباً هر روز  ۳- هفتگی  ۴- ماهانه  ۵- چند ماه یکبار  اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.</p> <p>■ در صورتیکه تمایل به پاسخ دادن به این سوال ندارد کد ۷۷۷۷ درج می شود.</p>
A15	<input type="checkbox"/>	<p>۱۴۲- آیا در دوازده ماه گذشته، اتفاق افتاده است که بر اثر مصرف الکل مست شده باشید؟</p> <p>۱- بلی  ۲- خیر  اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.</p> <p>■ در صورتیکه تمایل به پاسخ دادن به این سوال ندارد کد ۷۷۷۷ درج می شود.</p>
A16		<p>۱۴۳- آیا شما به دلیل اثر منفی ای که مصرف الکل بر سلامتی شما داشته است و یا به توصیه پزشک یا کارکنان بهداشتی مصرف الکل را قطع کرده اید؟</p> <p>۱- بلی  ۲- خیر  اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.</p> <p>■ در صورتیکه تمایل به پاسخ دادن به این سوال ندارد کد ۷۷۷۷ درج می شود.</p>
A17	<input type="checkbox"/>	<p>۱۴۴- آیا طی ماه گذشته نوشیدنی های الکلی مصرف کرده اید؟</p> <p>۱- بلی  ۲- خیر  ۱۴۵</p> <p>اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.</p> <p>■ در صورتیکه تمایل به پاسخ دادن به این سوال ندارد کد ۷۷۷۷ درج می شود.</p>
A18	<input type="checkbox"/>	<p>۱۴۵- طی ماه گذشته چند بار نوشیدنی های الکلی مصرف کرده اید؟.....بار</p> <p>اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.</p> <p>■ در صورتیکه تمایل به پاسخ دادن به این سوال ندارد کد ۷۷۷۷ درج می شود.</p>
A19	<input type="checkbox"/>	<p>۱۴۶- آیا در سال گذشته در حال مستی رانندگی کرده اید؟</p>

		<p>۱-بلی ۲-خیر</p> <p>اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.</p> <p>■ در صورتیکه تمایل به پاسخ دادن به این سوال ندارد کد ۷۷۷۷ درج می شود.</p>
AI10	<input type="checkbox"/>	<p>۱۴۷-در سال گذشته چند بار سوار خودرویی شده اید که راننده آن در حالت مستی رانندگی می کرده است؟ ..... بار</p> <p>اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.</p> <p>■ در صورتیکه تمایل به پاسخ دادن به این سوال ندارد کد ۷۷۷۷ درج می شود.</p>
AI11	<input type="checkbox"/>	<p>۱۴۸- طی ماه گذشته به طور متوسط چه مقدار از نوشیدنی های الکلی مصرف کرده اید؟</p> <p>۱-..... لیوان معمولی آبجو ۳ تا ۱۰٪ الکل</p> <p>۲-..... لیوان کوچک مشروبات الکلی اشتهاآور مانند ودکا ۱۵ تا ۵۰٪ الکل</p> <p>۳-..... گلاس متوسط شراب ۵ تا ۱۵٪ الکل</p> <p>۴-..... استکان کوچک. مشروبات الکلی قوی مانند عرقیات، تکیلا بیش از ۵۰٪ الکل</p> <p>۵-..... قاشق غذاخوری سرخالی الکل طبی ۹۰٪ الکل</p> <p>اگر نمی داند کد ۹۹۹۹ درج شود.</p> <p>■ در صورتیکه تمایل به پاسخ دادن به این سوال ندارد کد ۷۷۷۷ درج می شود.</p>

## گام دوم : سنجش های جسمانی

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

		۱۴۹. کد مصاحبه کننده
m1	<input type="text"/>	
m9	<input type="text"/>	۱۵۰. کد وسیله اندازه گیری فشار خون
		۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱ ۲۰۱۲. کد وسیله اندازه گیری فشار خون
m10	<input type="checkbox"/>	۱۵۱. اندازه کاف دستگاه فشارسنج ۱- کوچک ۲- متوسط ۳- بزرگ

		<p>۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. اندازه بازوبند</p> <p>۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. بازوی راست یا چپ</p>
m11a	سیستولیک: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> میلی‌متر جیوه	۱۵۲. میزان فشار خون - سنجش بار اول
m11b		
m12a	دیاستولیک: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> میلی‌متر جیوه	
m12b		
m13a	سیستولیک: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> میلی‌متر جیوه	میزان فشار خون - سنجش بار دوم
m13b	دیاستولیک: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> میلی‌متر جیوه	
	سیستولیک: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> میلی‌متر جیوه	اندازه فشار خون - سنجش بار سوم
	دیاستولیک: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> میلی‌متر جیوه	
		<p>۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. اندازه گیری اول سیستولیک</p> <p>۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. اندازه گیری اول دیاستولیک</p> <p>۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. اندازه گیری دوم سیستولیک</p> <p>۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. اندازه گیری دوم دیاستولیک</p> <p>۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. اندازه گیری سوم سیستولیک</p> <p>۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. اندازه گیری سوم دیاستولیک</p>
m14	<input type="checkbox"/>	<p>۱۵۳. آیا طی دو هفته گذشته با تجویز پزشک یا کارکنان بهداشتی برای فشار خون بالا دارو مصرف کرده اید؟</p> <p>۱- بلی ۲- خیر ۳- مورد نداشته است.</p> <p>۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. آیا طی دو هفته گذشته برای فشار خون بالا دارو مصرف می کنید؟</p>

قد و وزن	
m5	<p>۱۵۴. (فقط برای بانوان) آیا شما باردار هستید؟ ۱- بلی ۲- خیر</p> <p>۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. برای خانمها آیا باردار است</p>
m1	<p>۱۵۵. کد مصاحبه کننده</p>
m2a	<p>۱۵۶. کد وسیله اندازه گیری قد</p> <p>۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. کد وسیله اندازه گیری قد</p>

m2b	<input type="checkbox"/>	۱۵۷. کد وسیله اندازه گیری وزن ۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. کد وسیله اندازه گیری وزن
m3	<input type="checkbox"/>	۱۵۸. اندازه قد (به سانتیمتر) ۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. اندازه قد (به سانتیمتر)
m4	<input type="checkbox"/>	۱۵۹. اندازه وزن (به کیلوگرم) ۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. اندازه وزن (به کیلوگرم)

<b>دور کمر</b>		
m6	<input type="checkbox"/>	۱۶۰. کد وسیله اندازه گیری دور کمر ۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. کد وسیله اندازه گیری دور شکم ۲۰۰۵ ۲۰۰۶ ۲۰۰۷ ۲۰۰۸ ۲۰۰۹ ۲۰۱۱. اندازه دور شکم (به سانتیمتر)
m7	<input type="checkbox"/>	۱۶۱. اندازه دور کمر (به سانتیمتر)

<b>دور باسن</b>		
m15	<input type="checkbox"/>	۱۶۲. اندازه دور باسن (به سانتیمتر) ۲۰۱۱. اندازه دور باسن (سانتیمتر)

<b>ضربان قلب</b>		
m16a	<input type="checkbox"/>	۱۶۳. تعداد ضربان قلب در یک دقیقه شمارش بار اول
m16b	<input type="checkbox"/>	شمارش بار دوم
m16c	<input type="checkbox"/>	شمارش بار سوم

<b>تعداد گام های فرد طی ۲۴ ساعت</b>		
m16d	<input type="checkbox"/>	۱۶۴،۱. آیا شما برای سنجش تعداد گامها طی ۲۴ ساعت گام شمار دریافت نموده اید؟ ۱- بلی ۲- خیر سوال ۱۶۴،۲

m16e	<div style="text-align: right;">۱۶۴,۲. تعداد گام ها بر اساس پدومتر (گام شمار) طی ۲۴ ساعت</div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>
------	---

**گام سوم : سنجش های بیولوژیک**

قند خون	
b1	<div style="text-align: right;">۱۶۵. آیا در ۱۲ ساعت گذشته، غذا و یا نوشیدنی غیر از آب خورده اید؟</div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">           ۱-بلی      ۲-خیر         </div>
b1f	<div style="text-align: right;">۲۰۰۵ ۲۰۱۱. آیا در ۱۲ ساعت گذشته، غذا و یا نوشیدنی غیر از آب خورده اید؟</div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div style="text-align: right;">۱۶۶. به مدت چند ساعت غذا و یا نوشیدنی غیر از آب نخورده اید؟</div>
b2	<div style="text-align: right;">۱۶۷. کد فرد آزمایش کننده</div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>

		۲۰۰۵ ۲۰۰۷ ۲۰۱۱. کد آزمایش کننده
b3	<input type="checkbox"/>	۱۶۸. کد دستگاه آزمایش قند خون
b4h	<input type="checkbox"/>	۲۰۰۵ ۲۰۰۷ ۲۰۱۱. کد دستگاه آزمایش قند خون
b4m	ساعت دقیقه	۱۶۹. زمان انجام نمونه گیری ۲۰۰۵ ۲۰۱۱. زمان انجام نمونه گیری (ساعت) ۲۰۰۷ ۲۰۱۱. زمان انجام نمونه گیری (دقیقه)
x11h	<input type="checkbox"/>	۱۷۰. زمان انجام آزمایش
x11m	ساعت دقیقه	
b13	<input type="checkbox"/>	۱۷۱. دمای محل هنگام انجام آزمایش (درجه سانتیگراد)
b14		۱۷۲. میزان سرعت سانتریفوژ
b5	<input type="checkbox"/>	۱۷۳. میزان قند خون ناشتا (میلی گرم در دسی لیتر) ۲۰۰۵ ۲۰۰۷ ۲۰۱۱. میزان قند
		۲۰۰۷ ۲۰۱۱. عدم انجام آزمایش قند خون ۲۰۱۱. انجام آزمایش هموگلوبین C1A
b6	۱- بلی <input type="checkbox"/>	۱۷۴. آیا امروز انسولین یا داروی خوراکی که پزشک یا کارکنان بهداشتی برای قند خون بالا برای شما تجویز کرده اند، مصرف کرده اید؟ ۲- خیر ۳- مورد نداشته است.
x20	<input type="checkbox"/>	۱۷۵. زمان انجام آزمایش هموگلوبین A1c ۲۰۱۱. زمان انجام آزمایش هموگلوبین C1A
b12	<input type="checkbox"/>	۱۷۶. میزان هموگلوبین A1c ۲۰۱۱. میزان هموگلوبین C1A
		۲۰۱۱. عدم انجام آزمایش هموگلوبین C1A

### چربی خون

b10	<input type="checkbox"/>	۱۷۷. کد فرد آزمایش کننده
-----	--------------------------	--------------------------

b6	<input type="checkbox"/>	۱۷۸. کد دستگاه آزمایش چربی خون ۲۰۰۵ ۲۰۰۷ ۲۰۱۱. کد دستگاه آزمایش چربی خون
b11	<input type="checkbox"/>	۱۷۹. زمان انجام نمونه گیری ساعت دقیقه
x13h x13m	<input type="checkbox"/>	۱۸۰. زمان انجام آزمایش ساعت دقیقه ۲۰۰۷ ۲۰۱۱. زمان انجام آزمایش TC ساعت ۲۰۰۷ ۲۰۱۱. زمان انجام آزمایش TC دقیقه ۲۰۰۷ ۲۰۱۱. زمان انجام آزمایش HDL و LDL ساعت ۲۰۰۷ ۲۰۱۱. زمان انجام آزمایش HDL و LDL دقیقه
b7	<input type="checkbox"/>	۱۸۱. میزان کلسترول تام خون (میلی گرم در دسی لیتر) ۲۰۰۵ ۲۰۰۷ ۲۰۱۱. میزان کلسترول تام خون ۲۰۰۷ ۲۰۱۱. عدم انجام آزمایش TC
b9	<input type="checkbox"/>	۱۸۲. میزان HDL کلسترول (میلی گرم در دسی لیتر) ۲۰۰۷ ۲۰۱۱. اچ دی ال ۲۰۱۱. ال دی ال ۲۰۰۷ ۲۰۱۱. عدم انجام آزمایش HDL و LDL
b8	<input type="checkbox"/>	۱۸۳. میزان تری گلیسرید خون (میلی گرم در دسی لیتر) ۲۰۰۷ ۲۰۱۱. تری گلیسرید ۲۰۰۷ ۲۰۱۱. زمان انجام آزمایش TG ساعت ۲۰۰۷ ۲۰۱۱. زمان انجام آزمایش TG دقیقه ۲۰۰۷ ۲۰۱۱. عدم انجام آزمایش TG
b15	<input type="checkbox"/>	۱۸۴. آیا طی دو هفته گذشته داروی تجویز شده توسط پزشک یا کارکنان بهداشتی برای کلسترول خون بالا برای شما تجویز کرده اند ، مصرف کرده اید؟ ۱- بلی ۲- خیر ۳- مورد نداشته است.
b16	<input type="checkbox"/>	۱۸۵. آیا طی دو هفته گذشته داروی تجویز شده توسط پزشک یا کارکنان بهداشتی برای تری گلیسرید بالا برای شما تجویز کرده اند ، مصرف کرده اید؟ ۱- بلی ۲- خیر ۳- مورد نداشته است.



## آزمایش ادرار

b17	۱- بلی ۲- خیر	۱۸۶. آیا قبل از انجام آزمایش، غذا و یا نوشیدنی غیر از آب خورده اید؟
b18	_____	۱۸۷. به مدت چند ساعت غذا و یا نوشیدنی غیر از آب نخورده اید؟
b19	_____	۱۸۸. کد فرد آزمایش کننده
b20	_____	۱۸۹. کد دستگاه آزمایش
b21	_____	۱۹۰. زمان انجام آزمایش
	ساعت    دقیقه	
b22	_____	۱۹۱. میزان سدیم ادرار
b23	_____	۱۹۲. میزان کراتینین ادرار
b24	۱- بلی ۲- خیر	۱۹۳. آیا شما برای آزمایش ادرار ۲۴ ساعت شرکت نموده بودید؟
b25	_____	۱۹۴. میزان سدیم ادرار ۲۴ ساعته