

### APPENDIX III

#### *Data Collection Sheet*



**State of Kuwait**  
**Ministry of Health**

**دولة الكويت**  
**وزارة الصحة**

استمارة بحث مشروع  
المسح الوطني للأمراض المزمنة غير المعدية

اللجنة الوطنية لمشروع شبكة (إيمان)،

**WHO-EMRO مع منظمة الصحة العالمية**

### Identification Data

## بيانات تعريضة

رقم مسلسل الاستمارة

						الرقم المدني
--	--	--	--	--	--	--------------

الرقم	السؤال / البيان	الإجابة	الرمز
I <sub>1</sub>	المحافظة	.....	<input type="checkbox"/>
I <sub>2</sub> , I <sub>3</sub>	المنطقة السكنية	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I <sub>4</sub>	الباحث	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	الباحث	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	الباحث	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I <sub>5</sub>	تاريخ المقابلة	يوم / شهر / سنة	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## إقرار الموافقة على المشاركة بالدراسة

عزيزي المشترك:

لقد تم اختيارك لتكون مشتركاً معنا ضمن دراسة المسح الوطني للأمراض المزمنة غير المعدية وهذا هو سبب زيارتك لنا اليوم.

وهذه الدراسة يتم القيام بها ضمن جهود وزارة الصحة في دولة الكويت لدراسة العوامل المؤدية للأمراض المزمنة غير المعدية الأكثر شيوعاً وهي مرض السكر وأمراض القلب وضغط الدم والسمنة... الخ، ومكافحتها.

ويتم إجراء هذه الدراسة بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية WHO-EMRo ولذلك نحتاج تعاونك معنا لملء الاستبيان والإجابة الدقيقة على الأسئلة، كذلك عمل الفحص اللازم والذي يتضمن قياس (طولك، وزنك، قياس ضغط الدم) وسيتم أخذ عينة دم منك لعمل تحاليل الدم مثل (نسبة السكر، الكوليسترول ونسبة الدهون الثلاثية).

إن كل المعلومات التي ستدلي بها في هذه الدراسة ستكون سرية وستستخدم فقط في مجال البحث وليس لأي أغراض أخرى. حيث سيتم التعامل مع المعلومات وفقاً لأخلاقيات البحوث الطبية وبما يحفظ خصوصية المعلومات.

عزيزي المشترك:

بالطبع إن موافقتك على المشاركة معنا ستكون مكسباً لكويتنا الحبيبة في دعم التطوير في المجال الصحي... ولك حرية الموافقة على المشاركة بالدراسة أو الرفض... وفي حالة موافقتك فإن لك حرية رفض الإجابة على أي سؤال من أسئلة الدراسة.

التوقيع

فهل أنت موافق على المشاركة بالدراسة؟

نعم ☐

لا ☐

نشكر لك تعاونك معنا،،،

الدكتور/ يوسف أحمد النصف

وكيل وزارة الصحة المساعد

رئيس المشروع

رقم مسلسل الاستمارة

الرقم المدني

الموافقة على إجراء المقابلة والاشتراك في البحث			
I6	الموافقة قرأت شفها للمشارك	نعم لا	① ②
I7	تمت الموافقة والتوقيع على الإقرار	نعم لا	① ②
I9a	وقت بدء المقابلة (24 ساعة)	دقيقة .. ساعة ..	□□□□
I9b	وقت إنتهاء المقابلة (24 ساعة)	دقيقة .. ساعة ..	□□□□

البيانات الشخصية للمشارك بالبحث	
I10	اسم العائلة
I11	الاسم الأول
I12	الرقم المدني
I13	تليفون المنزل
I14	تليفون العمل
I15	بيجر
I16	محمول (إختياري)

#### ملحوظة :

البيانات الشخصية للمشارك بالبحث سيتم التعامل معها بسرية وحسب أخلاقيات البحوث الطبية وسيتم فصل هذا الجزء عن باقي الاستمارة

Step (1): Demographic Information

خطوة (١): معلومات سكانية

الرمز	ملاحظات	الإجابة	البيان / السؤال	الرقم
<input type="checkbox"/>		① ذكر ② أنثى	النوع	C1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		يوم / شهر / سنة ..... / ..... / .....	تاريخ الميلاد	C2
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		سنة .....	العمر	C3
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		سنة .....	ما هو إجمالي عدد السنوات التي أمضيتها بالدراسة؟ (ما عدا الحضنة ورياض الأطفال).	C4a
<input type="checkbox"/>		① لا أقرأ ولا أكتب (لم أذهب للمدرسة) ② أقرأ وأكتب (أقل من الابتدائي) ③ ابتدائي ④ متوسط ⑤ ثانوي ⑥ دبلوم / أقل من جامعي ⑦ جامعي ⑧ دراسات عليا ⑨ رفض الإجابة	ما هو أعلى مستوى تعليمي وصلت إليه بالدراسة؟ (المرحلة الدراسية التي أتممتها).	C4b
<input type="checkbox"/>		① أعزب ② متزوج ③ أرمل ④ مطلق	الحالة الاجتماعية	C5
<input type="checkbox"/>	إذا لا أذهب إلى C7	① نعم ② لا	وجود قرابة بين الوالدين؟	C6a
<input type="checkbox"/>			حدد نوع القرابة	C6b
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		العدد .....	عدد أفراد الأسرة (المقيمين معك بنفس السكن)	C7
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		① لا أعمل (قادر على العمل) ② لا أعمل (غير قادر على العمل) ③ موظف حكومي ④ موظف غير حكومي ⑤ صاحب عمل ⑥ متطوع ⑦ تلميذ / طالب ⑧ ربة منزل ⑨ متقاعد ⑩ رفض الإجابة	أي من الفئات التالية تصف نوع عملك الأساسي خلال الإثنى عشر شهراً الماضية؟	C8
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		① أقل من ٢٥٠ ② من ٢٥٠ إلى أقل من ٥٠٠ ③ من ٥٠٠ إلى أقل من ٧٥٠ ④ من ٧٥٠ إلى أقل من ١٠٠٠ ⑤ من ١٠٠٠ إلى أقل من ١٢٥٠ ⑥ من ١٢٥٠ إلى أقل من ١٥٠٠ ⑦ من ١٥٠٠ إلى أقل من ١٧٥٠ ⑧ من ١٧٥٠ إلى أقل من ٢٠٠٠ ⑨ من ٢٠٠٠ فأكثر ⑩ رفض الإجابة	متوسط الدخل الشهري للأسرة بالدينار الكويتي خلال آخر ١٢ شهر	C9

Step (1): Behavioral Measures

خطوة (١): معلومات سلوكية

Tobacco Use (Section S)

التدخين (فقرة (S))

سأقوم الآن بسؤالك بعض الأسئلة حول بعض عاداتك ذات العلاقة بالصحة مثل التدخين والكحول والتغذية والنشاط الجسماني. وسنبدأ بالتدخين.

الرقم	البيان / السؤال	الإجابة	ملاحظات	الرمز
-------	-----------------	---------	---------	-------

التدخين الحالي

S1a	هل تدخن حالياً أي نوع من أنواع التبغ مثل السجائر أو الشيشة الخ ...؟	نعم ① لا ②	في حالة لا اذهب إلى S4	<input type="checkbox"/>
S1b	(إذا كانت الإجابة بنعم) هل تدخن حالياً يومياً؟	نعم ① لا ②	في حالة لا اذهب إلى S4	<input type="checkbox"/>
S2a	كم كان عمرك عندما بدأت التدخين يومياً؟	بالسنوات ..... لا أتذكر ⑦⑦	في حالة الإجابة اذهب إلى S3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
S2b	إذا كانت الإجابة على السؤال السابق لا أتذكر منذ متى وأنت تدخن يومياً؟ (أذكر الفترة الزمنية؟)	بالسنوات ..... أو بالشهور ..... أو بالأسابيع ..... لا أتذكر ⑦⑦		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
S3	في المتوسط ما هي الكمية التي تقوم بتدخينها يومياً من هذه الأنواع؟	سجائر ..... سجائر لف ..... غليون ..... سيجار ..... شيشة ..... أي أنواع أخرى (حدد) .....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

التدخين السابق

S4	هل سبق لك التدخين يومياً؟ (في الماضي)	نعم ① لا ②	في حالة لا اذهب إلى A1a	<input type="checkbox"/>
S5a	كم كان عمرك عندما أقلعت عن التدخين؟	بالسنوات ..... لا أتذكر ⑦⑦	في حالة الإجابة اذهب إلى S6a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
S5b	إذا كانت الإجابة على السؤال السابق لا أتذكر منذ متى وأنت متوقف عن التدخين يومياً؟ (أذكر الفترة الزمنية)	بالسنوات ..... أو بالشهور ..... أو بالأسابيع ..... لا أتذكر ⑦⑦		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
S6a	كم كان عمرك عندما بدأت التدخين يومياً؟	بالسنوات ..... لا أتذكر ⑦⑦	في حالة الإجابة اذهب إلى S7	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
S6b	إذا كانت الإجابة على السؤال السابق لا أتذكر ماهي مدة تدخينك السابقة؟ (أذكر الفترة الزمنية)	بالسنوات ..... أو بالشهور ..... أو بالأسابيع ..... لا أتذكر ⑦⑦		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
S7	عندما كنت تدخن (في الماضي) ماذا كان متوسط استهلاكك اليومي من هذه الأنواع؟ (الكمية التي كنت تقوم بتدخينها يومياً)	سجائر ..... سجائر لف ..... غليون ..... سيجار ..... شيشة ..... أي أنواع أخرى (حدد) .....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

رقم مسلسل الاستمارة

مشروبات روحية (فقرة (A))			
الرقم	البيان / السؤال	الإجابة	ملاحظات
A1a	هل سبق لك شرب مشروبات كحولية؟ (مثل الويسكي أو البيرة بالكحول أو النبيذ)	<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	<input type="checkbox"/> في حالة لا اذهب إلى D1a
A1b	هل سبق لك شرب مشروبات كحولية خلال السنة الماضية؟	<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	<input type="checkbox"/> في حالة لا اذهب إلى D1a
A2	خلال السنة الماضية ما هو معدل شربك (حتى ولو كأساً واحداً)؟	<input type="radio"/> يومياً <input type="radio"/> 5 - 6 أيام بالأسبوع <input type="radio"/> 1 - 4 أيام بالأسبوع <input type="radio"/> 1 - 3 أيام بالشهر <input type="radio"/> أقل من مرة بالشهر	<input type="checkbox"/>
A3	كم كأس تشربها حالياً في اليوم الواحد في المتوسط؟	<input type="text"/> عدد <input type="checkbox"/> لا أتذكر	<input type="checkbox"/>
A4	خلال الأيام السبعة الماضية كم مقياس من المشروبات الكحولية (كأس) شربت كل يوم من الأيام التالية؟  (أدخل 77 في حالة لا أتذكر)	<input type="radio"/> السبت <input type="radio"/> الأحد <input type="radio"/> الاثنين <input type="radio"/> الثلاثاء <input type="radio"/> الأربعاء <input type="radio"/> الخميس <input type="radio"/> الجمعة	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

رقم مسلسل الاستمارة

**Diet (Section D)**

**الغذاء (فقرة D)**

سأقوم الآن بسؤالك بعض الأسئلة عن الفواكه والخضراوات التي تتناولها وسأعرض عليك بعض الصور التوضيحية.

أرجو أن تحاول الإجابة حسب الكميات التي تتناولها في المتوسط من الفواكه والخضراوات.

الرقم	البيان / السؤال	الإجابة	ملاحظات	الرمز
D1a	كم يوماً في الأسبوع تتناول عادة الفواكه الطازجة (عدا التمر)؟	عدد الأيام لا أتذكر 77	في حالة صفر اذهب إلى D2a	<input type="checkbox"/>
D1b	كم حصة من الفواكه الطازجة تتناول في اليوم الواحد عادة؟	عدد الحصص لا أتذكر 77		<input type="checkbox"/>
D2a	كم يوماً في الأسبوع تتناول خضار عادة؟ (ما عدا البطاطا)	عدد الأيام لا أتذكر 77	في حالة صفر اذهب إلى D3	<input type="checkbox"/>
D2b	كم حصة من الخضراوات تتناول في اليوم الواحد عادة؟	عدد الحصص لا أتذكر 77		<input type="checkbox"/>
D3	كم يوماً في الأسبوع تتناول الوجبات السريعة عادة؟	عدد الأيام لا أتذكر 77		<input type="checkbox"/>
D4	ما نوع الدهن أو الزيت الذي تستخدمه غالباً للطهي ولإعداد الطعام في المنزل؟ (أذكر نوعاً واحداً فقط)	① دهن حيواني أو زبد ② دهن صناعي (مارجرين) ③ زيوت نباتية ④ زيت النخيل ⑤ أخرى (حدد النوع) ⑥ لا أستعمل ⑦ لا أعرف		<input type="checkbox"/>

**كم يوماً في الأسبوع تتناول عادة المأكولات أو المشروبات الآتية؟**

D5	التمر	عدد الأيام بالأسبوع	<input type="checkbox"/>
D6	حبوب الفطور الكاملة (خبز أسمر / أرز أسمر)	عدد الأيام بالأسبوع	<input type="checkbox"/>
D7	لحم الضأن / الغنم	عدد الأيام بالأسبوع	<input type="checkbox"/>
D8	لحم البقر	عدد الأيام بالأسبوع	<input type="checkbox"/>
D9	السمك	عدد الأيام بالأسبوع	<input type="checkbox"/>
D10	لحم الطيور / الدواجن	عدد الأيام بالأسبوع	<input type="checkbox"/>
D11	الحلويات (كيك - جاتوه - كنافه - بقلأوة - شيكولاته)	عدد الأيام بالأسبوع	<input type="checkbox"/>
D12	مشروبات غازية (كوكا كولا - سفن أب - فانتا)	عدد الأيام بالأسبوع	<input type="checkbox"/>
D13	عصائر طبيعية	عدد الأيام بالأسبوع	<input type="checkbox"/>
D14	مشروبات أخرى (فيمتو - تانج)	عدد الأيام بالأسبوع	<input type="checkbox"/>

**النشاط الجسماني (فقرة P)**

سأقوم الآن بسؤالك بعض الأسئلة عن النشاط الجسماني الذي تبذله في خلال الأسبوع العادي. رجاء الإجابة على الأسئلة حتى لو تعتقد أنك لا تقوم بأي نشاط جسماني. فكر أولاً بالنشاط الجسماني أثناء العمل مهما كان نوع عملك. والمقصود بالنشاط الجسماني الشاق هو النشاط الذي يتطلب بذل الجهد ويترتب عليه زيادة كبيرة بالتنفس أو بضربات القلب أما النشاط الجسماني المتوسط فهو النشاط الذي يترتب عليه زيادة بسيطة بالتنفس أو بضربات القلب.

الرقم	البيان / السؤال	الإجابة	ملاحظات	الرمز
<b>النشاط الجسماني أثناء العمل</b>				
P1	هل طبيعة عملك يغلب عليها الجلوس أو الوقوف أثناء العمل؟ (أو المشي لمدة لا تزيد عن 10 دقائق؟)	نعم لا	① ②	إذا نعم اذهب إلى P6
P2	هل طبيعة عملك تتطلب بذل نشاطاً جسمانياً شاقاً لمدة 10 دقائق على الأقل بصورة مستمرة (حمل أشياء ثقيلة - الحفر - أعمال المبانى)؟	نعم لا	① ②	إذا لا اذهب إلى P4
P3a	كم يوماً في الأسبوع تقوم بنشاط شاق كجزء من عملك؟	عدد الأيام بالأسبوع		
P3b	كم من الوقت في اليوم الواحد تقوم بنشاط شاق أثناء العمل؟	دقيقة/أو دقائق ساعة		
P4	هل طبيعة عملك تتطلب نشاطاً متوسطاً (المشي بسرعة - حمل أشياء خفيفة) لمدة 10 دقائق على الأقل بصورة مستمرة؟	نعم لا	① ②	إذا لا اذهب إلى P6
P5a	كم يوماً في الأسبوع العادي تقوم بنشاط جسماني متوسط أثناء العمل؟	عدد الأيام بالأسبوع		
P5b	كم من الوقت في اليوم الواحد تقوم بنشاط جسماني متوسط كجزء من عملك؟	دقيقة/أو دقائق ساعة		
P6	ما هو إجمالي عدد ساعات العمل اليومية في أسبوع العمل العادي؟	عدد الساعات		

**النشاط الجسماني أثناء التنقل ما بين الأماكن المختلفة**

سأقوم الآن بسؤالك بعض الأسئلة عن النشاط الجسماني خارج أوقات العمل (مثل الذهاب للمسجد أو للسوق... الخ).

P7	هل تذهب إلى أماكن معينة سيراً على الأقدام لمدة 10 دقائق على الأقل بصورة مستمرة؟	نعم لا	① ②	إذا لا اذهب إلى P9
P8a	كم يوماً في الأسبوع العادي تسير على الأقدام لمدة 10 دقائق على الأقل بصورة مستمرة للتنقل بين الأماكن؟	عدد الأيام بالأسبوع		
P8b	كم من الوقت تسير على الأقدام للتنقل في اليوم العادي؟	دقيقة/أو دقائق ساعة		

**النشاط الجسماني أثناء وقت الفراغ**

سأقوم الآن بسؤالك بعض الأسئلة عن النشاط الجسماني أثناء وقت الفراغ (مثل ممارسة الرياضة).

P9	هل تقضى وقت الفراغ بالجلوس أو الاستلقاء أو عمل أي نشاط بدني لا تزيد مدته عن 10 دقائق في المرة الواحدة؟	نعم لا	① ②	إذا نعم اذهب إلى P14
P10	هل تقضى وقت الفراغ في عمل شاق يزيد عن 10 دقائق مستمرة في المرة الواحدة (جرى - رفع أثقال - رياضة عنيفة)؟	نعم لا	① ②	إذا لا اذهب إلى P12
P11a	كم يوماً في الأسبوع العادي تقوم بنشاط جسماني شاق؟	عدد الأيام بالأسبوع		
P11b	كم من الوقت في اليوم العادي تقوم بنشاط جسماني شاق أثناء وقت الفراغ؟	دقيقة/أو دقائق ساعة		
P12	هل يشمل وقت الفراغ القيام بنشاط جسماني متوسط لمدة 10 دقائق على الأقل في المرة الواحدة (مشى سريع - سباحة)؟	نعم لا	① ②	إذا لا اذهب إلى P14
P13a	كم يوماً في الأسبوع العادي تقوم بنشاط جسماني متوسط أثناء وقت الفراغ؟	عدد الأيام بالأسبوع		
P13b	كم من الوقت في اليوم الواحد تقوم بنشاط جسماني متوسط أثناء وقت الفراغ؟	دقيقة/أو دقائق ساعة		
P14	في الأسبوع الماضي كم من الوقت أمضيت جالساً أو مستلقياً في اليوم الواحد (ما عدا أوقات النوم)؟	دقيقة/أو دقائق ساعة		



رقم مسلسل الاستمارة

التاريخ المرضي للأسرة (فقرة (H))			
الرمز	ملاحظات	الإجابة	البيان / السؤال
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف	H1 هل يعاني أحد أفراد الأسرة من ارتفاع ضغط الدم؟
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف	H2 هل يعاني أحد أفراد الأسرة من مرض القلب؟
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف	H3 هل يعاني أحد أفراد الأسرة من أورام؟
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف	H4 هل يعاني أحد أفراد الأسرة من أمراض الكلى؟
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف	H5 هل يعاني أحد أفراد الأسرة من مرض السكر؟

التاريخ المرضي للمشارك			
ارتفاع ضغط الدم (فقرة (Hyp))			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> خلال 12 شهراً الماضية <input type="checkbox"/> منذ 1 - 3 سنوات <input type="checkbox"/> لم يتم منذ أكثر من 3 سنوات	Hyp1 متى تم قياس ضغط الدم لك آخر مرة بواسطة الطبيب؟
<input type="checkbox"/>	إذا لا اذهب إلى Diab1	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	Hyp2 هل عانيت من ارتفاع ضغط الدم؟
<input type="checkbox"/>		يوم / شهر / سنة	Hyp3a تاريخ تشخيص المرض
<input type="checkbox"/>		سنة	Hyp3b مدة المرض

هل تتبع حالياً أحد هذه العلاجات كما وصفها الطبيب لعلاج ارتفاع ضغط الدم؟			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	Hyp4 أي أدوية لعلاج ضغط الدم
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	Hyp5 نظام غذائي خاص
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	Hyp6 نصيحة أو علاج لانقاص الوزن
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير مدخن	Hyp7 نصيحة أو علاج للإقلاع عن التدخين (إذا كنت مدخن)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	Hyp8 نصيحة للقيام بنشاط جسماني
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	Hyp9 علاجات طبيعية أو أعشاب

Diabetes Mellitus (Section Diab)			
الرقم	البيان / السؤال	الإجابة	ملاحظات
Diab1	متى تم قياس نسبة السكر بالدم آخر مرة؟	<input type="checkbox"/> خلال 12 شهر الماضية <input type="checkbox"/> منذ 1 - 3 سنوات <input type="checkbox"/> لم يتم ذلك منذ أكثر من 3 سنوات	<input type="checkbox"/>
Diab2	هل سبق أن أخبرك الطبيب أنك مصاب بمرض السكر؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا لا اذهب إلى Carl <input type="checkbox"/>
Diab3a	تاريخ تشخيص مرض السكر	يوم / شهر / سنة	<input type="checkbox"/>
Diab3b	مدة المرض	سنة	<input type="checkbox"/>
هل تتبع حالياً أحد هذه العلاجات كما وصفها الطبيب للسيطرة على مرض السكر؟			
Diab4	أنسولين (حقن)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/>
Diab5	أقراص لعلاج مرض السكر	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/>
Diab6	نظام غذائي خاص	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/>
Diab7	نصيحة أو علاج لإنقاص الوزن	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/>
Diab8	نصيحة أو علاج للإقلاع عن التدخين (إذا كنت مدخن)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير مدخن	<input type="checkbox"/>
Diab9	نصيحة للقيام بنشاط جسماني	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/>
Diab10	علاج بالأعشاب	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/>
ممارسات المريض تجاه النصائح الطبية لعلاج مرض السكر			
Diab11	هل تقوم بالكشف الدوري حسب التعليمات؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/>
Diab12	هل تتبع النظام الغذائي الخاص الموصوف لك؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/>
Diab13	هل تأخذ علاج مرض السكر بانتظام؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/>
Diab14	هل تقوم بتحليل الدم للسكر بنفسك؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/>
Diab15	هل تقوم بتنظيم جرعات دواء مرض السكر بنفسك؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/>
Diab16	خلال الشهرين الماضيين هل حضرت أو شاركت بأي ندوات للتوعية الصحية بشأن مرض السكر؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/>
Diab17	ما هو أهم مصدر لمعلوماتك عن مرض السكر؟	<input type="checkbox"/> طبيب <input type="checkbox"/> ممرضة <input type="checkbox"/> ندوات صحية <input type="checkbox"/> وسائل الإعلام (تلفزيون - صحافة) <input type="checkbox"/> الأقارب والأصدقاء <input type="checkbox"/> نشرات توعية صحية <input type="checkbox"/> وسائل أخرى (حدد)	<input type="checkbox"/>

رقم مسلسل الاستمارة

أمراض القلب (فقرة Car)		Cardiac Diseases (Section Car)	
الرقم	البيان / السؤال	الإجابة	ملاحظات
Car1	هل أخبرك الطبيب أنك مصاب بمرض بالقلب؟	① نعم ② لا	إذا لا اذهب إلى MI
Car2a	تاريخ تشخيص المرض	يوم/شهر/سنة / /	
Car2b	مدة الإصابة بالمرض	سنة	
Car3	هل عانيت من جلطة قلبية حادة لزممت دخولك المستشفى أكثر من خمسة أيام؟	① نعم ② لا	
Car4	هل أجريت لك قسطرة قلبية لإجراء مداخلات البالون أو الدعامة؟	① نعم ② لا	
Car5	هل أجريت لك عملية جراحة القلب المفتوح لزراعة الشرايين؟	① نعم ② لا	
Car6	هل دخلت المستشفى خلال العام الماضي بسبب مرض القلب؟	① نعم ② لا	

هل تتبع حالياً أحد هذه العلاجات كما وصفها الطبيب للسيطرة على المرض (أمراض القلب)؟			
Car7	أدوية لمرض القلب أو الشرايين	① نعم ② لا	
Car8	نظام غذائي خاص	① نعم ② لا	
Car9	نصيحة أو علاج لإنقاص الوزن	① نعم ② لا	
Car10	نصيحة أو علاج للإقلاع عن التدخين (إذا كنت مدخن)	① نعم ② لا ③ غير مدخن	
Car11	نصيحة للقيام بنشاط جسماني	① نعم ② لا	

رقم مسلسل الاستمارة

## خطوة (٢): القياسات البدنية Step (2): Physical Measurements

الطول والوزن Height and Weight			
الرقم	البيان	الإجابة	ملاحظات
M1	اسم ورمز القائم بالقياس (الباحث)		
M2a	رمز جهاز قياس الطول		
M2b	رمز جهاز قياس الوزن		
M3	الطول	سم	
M4	الوزن	كغ	

قياس الخصر (ما عدا النساء الحوامل) Waist			
M5	للنساء فقط (هل حامل)؟	نعم لا	إذا نعم اذهب إلى M9
M6	اسم ورمز القائم بالقياس (الباحث)		
M7	رمز مقياس الخصر		
M8	قياس الخصر	سم	

قياس ضغط الدم Blood Pressure			
M9	اسم ورمز القائم بالقياس (الباحث)		
M10	رمز جهاز قياس ضغط الدم		
M11	نوع مقياس رباط الزند	صغير متوسط كبير	① ② ③
M12a	قراءة أولى	انقباضي	مم زئبق
M12b		انبساطي	مم زئبق
M13a	قراءة ثانية	انقباضي	مم زئبق
M13b		انبساطي	مم زئبق
M14a	قراءة ثالثة	انقباضي	مم زئبق
M14b		انبساطي	مم زئبق

معدل النبض Heart Rate			
M15a	قراءة أولى	عدد/دقيقة	
M15b	قراءة ثانية	عدد/دقيقة	
M15c	قراءة ثالثة	عدد/دقيقة	

رقم مسلسل الاستمارة

### Step (3): Biochemical Measurements

### خطوة (٣): القياسات المعملية

الرمز	ملاحظات	البيان / الإجابة	السؤال	الرقم
		① نعم ② لا	خلال الـ 12 ساعة الماضية هل أكلت أو شربت شيئاً غير الماء؟	B
		ساعة .....	الفترة الزمنية بين آخر طعام أو مشروب محلي بالسكر (غير الماء) وبين وقت أخذ عينة الدم	B1a
		دقيقة ..... ساعة .....	وقت أخذ عينة الدم (24 ساعة)	B1b
			إسم الفني القائم بأخذ عينة الدم والرمز	B1c

#### Fasting Blood Sugar

#### نسبة السكر في الدم (صائم)

			اسم ورمز فني المختبر	B2
			رمز جهاز تحليل عينة السكر بالدم	B3
			القياس (mmol/L)	B5

#### Blood Lipids

#### الدهنيات في الدم

			اسم ورمز فني المختبر القائم بالقياس	B6
			رمز جهاز تحليل عينة الدهون بالدم	B7
			قياس الكوليسترول (mmol/L)	B8
			قياس الدهنيات الثلاثية (mmol/L)	B8a
			قياس HDL (mmol/L)	B8b
			قياس LDL (mmol/L)	B8c

#### Random Blood Sugar

#### نسبة السكر في الدم (عشوائي)

			اسم ورمز فني المختبر	B9
			رمز الجهاز	B10
			القياس (mmol/L)	B11

#### HbA1c

#### جليكوزيلاتد هيموجلوبين

			اسم ورمز فني المختبر	B12
			رمز جهاز تحليل عينة السكر بالدم	B13
			القياس (%)	B14

#### ApoB

			اسم ورمز فني المختبر	B15
			رمز جهاز تحليل عينة السكر بالدم	B16
			القياس (gm/L)	B17

اسم المدقق (تدقيق الفحوص المخبرية بالمختبرات)	الرمز	التوقيع	التاريخ

### ملاحظات

*(The page contains faint horizontal lines, suggesting ghosting or extremely faded text.)*