

AD SOYAD:

TARİH:

**BASIS**<sup>®</sup>

Şimdiki Kilo: \_\_\_\_\_  kg  lbs

Ölçüm Tarihi: \_\_\_\_\_  Mevcut Değil

Boy: \_\_\_\_\_  ayak/inç  cm

\*Beden Kitle İndeksi (BKİ): \_\_\_\_\_ \* Klinisyen tarafından hesaplanmalı

Kan Basıncı: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg

Ölçüm Tarihi: \_\_\_\_\_  Mevcut Değil

Açlık Kan Şekeri: \_\_\_\_\_  mmol/L  mg/dl

Ölçüm Tarihi: \_\_\_\_\_  Mevcut Değil

HbA1c: \_\_\_\_\_ %

Ölçüm Tarihi: \_\_\_\_\_  Mevcut Değil

Sağlığınız hakkında sizin kendi düşüncelerinizle ilgileniyoruz. Başkalarının neye inandığı ya da sizin neye inanmanızı istedikleri ile İLGİLENMİYORUZ.

Aşağıdaki sorularda belirtilen sağlık sorunlarından herhangi birini hiç yaşadınız mı? Evet ya da Hayır seçeneğini işaretleyerek  belirtiniz.

	Evete	Hayır
A) Düzenli olarak sınırlı hisseder misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Düzenli olarak terler misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Düzenli olarak uyumada güçlük yaşar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Düzenli olarak yüz kızarıklığınız var mı? Yanaklarınız kızarır mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Düzenli olarak nefes darlığınız olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Düzenli olarak baş ağrınız olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Düzenli olarak burun kanamanız olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Diğer: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eğer yukarıdaki soruların HEPSİNE yanıtınız 'HAYIR' ise, lütfen sonraki sayfaya geçiniz.

Eğer yukarıdaki sorulardan herhangi birine 'EVET' yanıtını verdiyseniz, sağlık ile ilgili deneyimlerinizi göz önünde bulundurarak, şu anki zamanda konuya hangi düzeyde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtmek için uygun rakamı yuvarlak içine alınız.

1) Sağlıkla ilgili deneyimlerim, yüksek kan basıncına sahip olmamdan kaynaklanmaktadır.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle  
katılmıyorum

Orta derecede  
katılmıyorum

Az derecede  
katılmıyorum

Emin değilim

Az derecede  
katılıyorum

Orta derecede  
katılıyorum

Kesinlikle  
katılıyorum

Su anki zamanda aşağıdaki her bir ifadeye hangi düzeyde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtmek için uygun rakamı yuvarlak içine alınız.

2) Yüksek kan basıncım vardır.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle katılmıyorum    Orta derecede katılmıyorum    Az derecede katılmıyorum    Emin değilim    Az derecede katılıyorum    Orta derecede katılıyorum    Kesinlikle katılıyorum

3) Beslenmemi daha iyi hale getirmek ve egzersiz miktarını artırmak için sağlıklı yaşam tarzını sürdürmeye ya da değişiklikler yapmaya İHTİYACIM var.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle katılmıyorum    Orta derecede katılmıyorum    Az derecede katılmıyorum    Emin değilim    Az derecede katılıyorum    Orta derecede katılıyorum    Kesinlikle katılıyorum

4) Normal kan basıncına sahibim.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle katılmıyorum    Orta derecede katılmıyorum    Az derecede katılmıyorum    Emin değilim    Az derecede katılıyorum    Orta derecede katılıyorum    Kesinlikle katılıyorum

5) Mevcut yaşam tarzımı guvenli bir şekilde srdrebilirim (orneğin; řu anda olduğu gibi yemek/içmek ve egzersiz yapmak).

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle katılmıyorum    Orta derecede katılmıyorum    Az derecede katılmıyorum    Emin değilim    Az derecede katılıyorum    Orta derecede katılıyorum    Kesinlikle katılıyorum

6) Yüksek kan basıncım olumsuz sağlık sonuçlarına neden olmaktadır ya da olabilir (orneğin; kalp hastalığı, kalp krizi, kalp yetmezliği, inme, inme benzeri, böbrek/renal hastalığı, görme kaybı, vb.).

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle katılmıyorum    Orta derecede katılmıyorum    Az derecede katılmıyorum    Emin değilim    Az derecede katılıyorum    Orta derecede katılıyorum    Kesinlikle katılıyorum

7) Kan basıncım düzenli olarak hipertansif aralıktadır (yani  $\geq 140/90$ ).

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle katılmıyorum    Orta derecede katılmıyorum    Az derecede katılmıyorum    Emin değilim    Az derecede katılıyorum    Orta derecede katılıyorum    Kesinlikle katılıyorum

8) Kan basıncı düşürücü tedaviye ihtiyacım var.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle katılmıyorum    Orta derecede katılmıyorum    Az derecede katılmıyorum    Emin değilim    Az derecede katılıyorum    Orta derecede katılıyorum    Kesinlikle katılıyorum

BİTTİ