



DIRECTION DE LUTTE CONTRE LA MALADIE

Enquête STEPS

Sur les facteurs de risque des MNT en RDC

Questionnaire



Février 2005

FICHE D'IDENTIFICATION DU MENAGE

NUMERO DE LA FICHE

□□□

I 1	Nom et Code du pays		□□□
I 1 a	Nom Code de la province		□□
I 2	Nom et Code de la strate		□□
I 3	Nom et Code du quartier		□□
I 3a	Rue et n° parcelle		□□□
I 3b	N° ménage dans la grappe/quartier		□□
I 4	Nom et Code du superviseur	1.....	□□
I 4a	Nom et Code des enquêteurs	1 2.....	□□ □□
I 4b	Nom et Code agent de saisie	1	□□
I 5	Date de l'entretien (à laquelle le questionnaire a été rempli)		□□/□□/□□□□ Jour Mois Année
I 6a	Nombre de ménages dans parcelle		□□
I 6b	Numero du ménage dans la parcelle		□□
I 6c	Taille du ménage		□□

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

I 1	Nom et Code du pays	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
I 1 a	Nom Code de la province	<input type="text"/> <input type="text"/>
I 2	Nom et Code de la strate	<input type="text"/> <input type="text"/>
I 3	Nom et Code du quartier	<input type="text"/> <input type="text"/>
I 3a	Rue et n° parcelle	<input type="text"/> <input type="text"/>
I 3b	N° ménage dans la grappe/quartier	<input type="text"/> <input type="text"/>
I 4	Nom et Code du superviseur	1 <input type="text"/> <input type="text"/>
I 4a	Nom et Code des enquêteurs	1 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
I 4b	Nom et Code agent de saisie	1 <input type="text"/> <input type="text"/>
I 5	Date de l'entretien (à laquelle le questionnaire a été rempli)	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jour Mois Année

Numéro d'identification du répondant

Consentement		
I 7	Le consentement a été obtenu	Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> <i>Si Non, arrêter l'entretien</i>
I 8	Langue de l'entretien	Lingala 1 Kikongo 2 Swahili 3 <input type="checkbox"/> Tshiluba 4 Français 5 [autres à spécifier] 6
I 9	Heure de l'entretien (0-24h)	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
I 10	Nom et post-nom du participant	
I 11	Prénom	

Information supplémentaire

I 12	Numéro de contact téléphonique	<input type="text"/> <input type="text"/> → C1 Pas de téléphone code 99
------	--------------------------------	--

Numéro d'identification du participant

--	--	--	--	--	--

I 13	Spécifier de quel téléphone il s'agit	Travail	1	<input type="checkbox"/>
		Domicile	2	
		Voisin	3	
		Autres (spécifier)	4	

Step 1 Module de base – Informations démographiques-

Colonne de Saisie			
C1	Sexe (noter le numéro correspondant)	Homme 1 Femme 2	<input type="checkbox"/>
C2	Quelle est votre date de naissance? <i>Si Ne sait pas, voir Note* ci-dessous et aller à C3</i>	Jour <input type="text"/> <input type="text"/> Mois <input type="text"/> <input type="text"/> Année <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
C3	Quel âge avez-vous?	Années	<input type="text"/> <input type="text"/>
C4	En tout, combien d'années avez-vous passé à l'école ou à suivre une formation à plein temps (sans compter la pré-scolarité)?	Années	<input type="text"/> <input type="text"/>

ELARGI: Informations démographiques			
C5	A quel groupe ethnique appartenez-vous?		<input type="text"/> <input type="text"/>
C6	Quel est le plus haut niveau d'instruction que vous ayez atteint ?	Aucune instruction officielle 0 1 Moins que l'école primaire 0 2 Fin de l'école primaire 0 3 Fin de l'école secondaire 0 4 Ecole supérieure, Université 0 6 Diplôme post-universitaire obtenu 0 7 Pas terminé l'école secondaire 0 8	<input type="text"/> <input type="text"/>
C7	Laquelle des catégories suivantes décrit le mieux votre activité professionnelle <u>principale</u> ces douze derniers mois?	Employé de l'Etat 0 1 Employé dans le privé 0 2 Indépendant 0 3 Bénévole 0 4 Etudiant 0 5 Ménagère 0 6 Retraité 0 7 Chômeur/sans emploi 0 8 Invalide 0 9	<input type="text"/> <input type="text"/>
C11	Situation matrimoniale	Célibataire 01 Marié polygame 02 Marié monogame 03 Divorcé/Séparé 04 Veuf (veuve) 05 Union libre 06	<input type="text"/> <input type="text"/>

Voir liste

*Note: Règle de codage: Code "Ne Sait Pas" 7 (ou 77 ou 777 selon le contexte).

Step 1 Module de base –Mesures comportementales-

Nous allons maintenant vous poser des questions sur plusieurs comportements relatifs à la santé. Cela inclut des choses comme fumer, boire de l'alcool, manger des fruits et des légumes et effectuer une activité physique. Commençons par le tabac.			
Consommation de tabac (Section S)			
		Réponse	Colonne de Saisie
S 1a	Fumez-vous actuellement des produits à base de tabac tels que cigarettes, cigares ou pipes?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
S 1b	<u>Si Oui,</u> Fumez-vous quotidiennement ?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
S 2a	A quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement?	Age (années) Ne se souvient pas 77	<input type="text"/> <input type="text"/>
S 2b	Si vous ne vous rappelez pas de votre âge, souvenez-vous depuis quand vous avez commencé à fumer quotidiennement? (CODER 77 POUR NE SAIT PAS OU NE SE SOUVIENT PAS)	En nombre d'Années Ou en Mois Ou en Semaines	Années <input type="text"/> <input type="text"/> Mois <input type="text"/> <input type="text"/> Semaines <input type="text"/> <input type="text"/>
S 3	Quelle quantité des produits suivants fumez-vous en moyenne chaque jour? (INSCRIRE LA QUANTITE POUR CHAQUE TYPE DE PRODUIT) (CODER 77 POUR NE SAIT PAS CODER 88 POUR PAS APPLICABLE) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cigarettes industrielles Cigarettes roulées Pipes Cigares, cigarillos Autres (à préciser):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Si Non, aller à la S4

Si Non, aller à la S4

Si Réponse connue, aller à S3

ELARGI: Consommation de tabac			
S 4	Dans le passé, avez-vous déjà fumé quotidiennement ?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
S 5a	<u>Si Oui,</u> Quel âge aviez-vous quand vous avez arrêté de fumer quotidiennement ?	Age (années) Ne se souvient pas 77	<input type="text"/> <input type="text"/>
S 5b	Si vous ne vous rappelez pas de votre âge, souvenez-vous depuis quand vous avez arrêté de fumer quotidiennement?	Nombre d'années Ou Nombre de mois Ou Nombre de semaines	Années <input type="text"/> <input type="text"/> Mois <input type="text"/> <input type="text"/> Semaines <input type="text"/> <input type="text"/>
S 6a	Consommez-vous actuellement du tabac non fumé sous forme de tabac à priser, de tabac à mâcher ?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
S 6b	<u>Si Oui,</u> En consommez-vous quotidiennement ?	Oui 1	<input type="checkbox"/>

Si Non, aller à S6a

Si Réponse connue, aller à S 6a
Si 77, aller à S 5b

Si Non, aller à S 8

		Non	2	
S 7	En moyenne, combien de fois par jour prenez-vous les produits indiqués ci-contre (INSCRIRE POUR CHAQUE TYPE) (CODER 77 POUR NE SAIT PAS CODER 88 POUR PAS APPLICABLE) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tabac à priser (voie orale) Tabac à priser (voie nasale) Tabac à mâcher Autres (préciser)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
S 8	Dans le passé, avez-vous déjà pris quotidiennement du tabac non fumé tels que [tabac à priser, tabac à mâcher, feuilles de bétel]?	Oui Non	1 2	<input type="text"/>

Si Non, aller à S 8

Consommation d'alcool (Section A)			
Les questions suivantes concernent la consommation d'alcool			
		Réponse	Colonne de Saisie
A 1a	Avez-vous déjà consommé une boisson alcoolisée comme de la bière, du vin, de la liqueur, du vin de palme, lotoko, lunguila ?	Oui Non	1 2
A 1b	Si oui, en avez-vous consommé ces 12 derniers mois ?	Oui Non	1 2
A 2	Durant les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu au moins une boisson alcoolisée?	5 jours ou plus/semaine 1 à 4 jours / semaine 1 à 3 jours /mois Moins d'1 fois / mois	1 2 3 4
A 3	Quand vous buvez de l'alcool, combien de verres prenez-vous en moyenne par jour?	Nombre de verres Ne Sait Pas	77
A 4	Au cours des 7 derniers jours , combien de verres bambou d'alcool avez-vous pris (quel que soit la boisson alcoolisée) (CODER 77 POUR NE SAIT PAS)	Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Si Non, Aller à la Section Suivante*

Si Non, Aller à la Section Suivante*

Hygiène alimentaire (Section D)			
Les questions suivantes portent sur votre consommation habituelle de fruits et légumes. quelques exemples de fruits et légumes locaux. Chaque dessin correspond à une portion. En répondant à ces questions, pensez à une semaine type de l'année.			
D 1a	Habituellement, au cours d'une semaine, sur combien de jours consommez-vous des fruits ?	Nombre de jours	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
D 1b	Combien de portions de fruits mangez-vous lors d'une de ces journées?	Nombre de portions	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
D 2a	Habituellement, au cours d'une semaine, sur combien de jours consommez-vous des légumes ?	Nombre de jours	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
D 2b	Combien de louches de légumes mangez-vous lors d'une de ces journées?	Nombre de louches	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Si aucun jour, aller à D 2a

Si aucun jour, aller à la Section Suivante

ELARGI : Hygiène alimentaire			
D 3	Quelle sorte de matière grasse (huile, beurre...) utilisez-vous le plus souvent pour la préparation des repas à la maison ?	Huile végétale 0 1 Lard ou graisse 0 2 Beurre ou beurre allégé 0 3 Margarine 0 4 Autres 0 5 Aucune en particulier 0 6 Jamais de matière grasse utilisée dans la préparation des repas 0 7 Huile de palme 0 8 Ne Sait Pas 7 7	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Activité physique (Section P)

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur le temps que vous passez sur différents types d'activités physiques. Veuillez répondre à ces questions même si vous ne vous considérez pas comme quelqu'un d'actif.

Pensez tout d'abord au temps que vous consacrez au travail, qu'il s'agisse d'un travail rémunéré ou non, des tâches ménagères, de cueillir ou récolter des aliments, de pêcher ou chasser pour de la nourriture, de chercher un emploi.

P 1	Est-ce que votre travail s'effectue la plupart du temps en position assise ou debout, sans marcher plus de 10 minutes d'affilée?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>	Si Oui, aller à P6
P 2	Est-ce que votre travail comprend des activités physiques intenses, comme [soulever des charges lourdes, creuser, effectuer du travail de maçonnerie] pendant au moins 10 minutes d'affilée?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>	Si Non, aller à P4
P 3a	Habituellement, pendant combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques intenses dans le cadre de votre travail?	Nombre de jours/semaine		<input type="text"/> <input type="text"/>	Voir liste
P 3b	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques intenses, combien de temps consacrez-vous à ces activités?	En heures et minutes hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/> ou en Minutes seulement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
P 4	Est-ce que votre travail comprend des activités physiques moyennement intenses, comme une marche rapide ou soulever une charge légère durant au moins 10 minutes d'affilée?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>	Si Non, aller à P6
P 5a	Habituellement, pendant combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques moyennement intenses dans le cadre de votre travail?	Nombre de jours/semaine		<input type="text"/> <input type="text"/>	Voir liste
P 5b	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques moyennement intenses, combien de temps consacrez-vous à ces activités?	En heures et minutes hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/> Ou en minutes seulement Ou minutes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
P 6	Combien de temps dure habituellement une de vos journées de travail?	Nombre d'heures		hrs <input type="text"/> <input type="text"/>	
Sans tenir compte des activités que vous avez déjà mentionnées, j'aimerais vous demander comment vous effectuez vos déplacements pour aller au travail, faire des achats, ou pour aller à l'église					
P 7	Est-ce que vous effectuez des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>	Si Non, aller à P9
P 8a	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo?	Nombre de jours/semaine		<input type="text"/> <input type="text"/>	
P 8b	Lors d'une journée habituelle, pendant combien de temps vous déplacez-vous à pied ou à vélo?	En heures et minutes hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/> Ou en minutes seulement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Les questions suivantes concernent les activités que vous effectuez pendant votre temps libre comme par exemple vos loisirs, ou vos activités sportives. Ne tenez pas compte des activités physiques liées à votre travail ou à vos déplacements, déjà mentionnées auparavant.					
P 9	Durant votre temps libre, êtes-vous la plupart du temps en position assise, couchée, ou debout, sans activité physique durant au moins 10 minutes d'affilée?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>	Si Oui, aller à P14

P 10	Durant votre temps libre, vous arrive-t-il d'effectuer une activité physique intense comme courir ou pratiquer un sport nécessitant des efforts, soulever des poids, durant au moins 10 minutes d'affilée? DONNER DES EXEMPLES	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>	Si Non, aller à P 12
P 11a	Si Oui, Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous une activité physique intense durant votre temps libre?	Nombre de jours/semaine	<input type="text"/> <input type="text"/>	
P 11b	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous?	En heures et minutes hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/> Ou en minutes seulement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
P 12	Durant votre temps libre, vous arrive-t-il d'effectuer une activité physique moyennement intense comme marcher rapidement, nager ou faire du vélo, durant au moins 10 minutes d'affilée? DONNER DES EXEMPLES	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>	Si Non, aller à P 14
P 13a	Si Oui, Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous une activité physique moyennement intense durant votre temps libre?	Nombre de jours/semaine	<input type="text"/> <input type="text"/>	
P 13b	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous?	En heures et minutes hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/> Ou en minutes seulement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
La question suivante concerne le temps passé en position assise ou couchée. En considérant les 7 derniers jours, souvenez-vous du temps passé au travail, à la maison, à vos loisirs, à rendre visite à des amis, à lire, à regarder la télévision, y compris au temps passé assis à un bureau, mais sans inclure le temps passé à dormir.				
P 14	Au cours des 7 derniers jours, combien de temps par jour avez-vous passé en position assise ou couchée en moyenne ?	En heures et minutes hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/> Ou en minutes seulement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

ELARGI : Antécédents de la tension artérielle				
H 1	Quand est-ce que votre pression artérielle a été prise pour la dernière fois par un professionnel de la santé ?	Au cours des 12 derniers mois Entre 1 à 5 années Pas ces 5 dernières années	1 2 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H 2	Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'un professionnel de la santé vous a dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou une hypertension ?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
H 3	Suivez-vous actuellement les traitements suivants, prescrits par un professionnel de la santé, pour une tension artérielle élevée ?			
H 3a	Médicaments pris ces deux dernières semaines	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H 3b	Régime spécial prescrit	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H 3c	Conseil ou traitement pour perdre du poids	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H 3d	Conseil ou traitement pour arrêter de fumer	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H 3e	Conseil pour commencer une activité physique ou en faire plus	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H 4	Au cours des 12 derniers mois avez-vous vu un guérisseur traditionnel pour une tension artérielle élevée ou pour de l'hypertension ?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H 5	Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d'herbes pour votre tension artérielle élevée ?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Si Non, aller à la prochaine section

ELARGI: Antécédents de diabète				
H 6	A-t-on mesuré votre glycémie ces 12 derniers mois ?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H 7	Est-ce qu'un professionnel de la santé vous a déjà dit que vous avez du diabète ?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H 8	Suivez-vous actuellement les traitements suivants, prescrits par un professionnel de la santé, pour le diabète ?			
H 8a	Insuline	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H 8b	Traitement oral (médicaments) que vous avez pris ces 2 dernières semaines ?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H 8c	Régime spécial prescrit	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H 8d	Conseil ou traitement pour perdre du poids	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H 8e	Conseil ou traitement pour arrêter de fumer	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H 8f	Conseil pour commencer une activité physique ou en faire plus	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H 9	Au cours des 12 derniers mois avez-vous vu un guérisseur traditionnel pour le diabète ?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H 10	Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d'herbes pour votre diabète ?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Si Non, aller à la prochaine section

Comportements sexuels (Section X)			
X1	Avez- vous déjà eu des rapports sexuels ?	Oui 1 Non 2 → Fin	<input type="checkbox"/>
X 2	Age début rapport sexuel		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X 3	Avez- vous eu des rapports sexuels le mois passé ?	Oui 1 Non 2 → X 5	<input type="checkbox"/>
X 4	Nombre de fois par semaine	Nombre	<input type="checkbox"/>
X 5	Combien de partenaires avez-vous actuellement		<input type="checkbox"/>
X 6	Utilisez-vous des stimulants sexuels lors de vos rapports	Oui 1 Non 2 → Fin	<input type="checkbox"/>
X 7	Type de stimulant utilisé 1 Traditionnel 2 Moderne	1 = Oui 2 = Non 1 = Oui 2 = Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Step 2 Mesures physiques

Poids et taille		Colonne de Saisie	
M 3	Taille (en centimètres)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	
M 4	Poids <i>Si trop lourd pour le pèse-personne, codez 666.6</i> (en kilogrammes)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	
M 5	(Pour les femmes) Êtes-vous enceinte ? Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>	
Tour de taille			
M 8	Tour de taille en centimètres: (en centimètres)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	

Si Oui, Sauter
Tour de taille

Pression artérielle			Colonne de Saisie
M 11	Largeur du brassard	Petit 1 Normal 2 Large 3	<input type="checkbox"/>
M 12a	Mesure 1 Pression artérielle systolique	Systolique Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 12b	Pression artérielle diastolique	Diastolique Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 13a	Mesure 2 Pression artérielle systolique	Systolique Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 13b	Pression artérielle diastolique	Diastolique Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 14a	Mesure 3 Pression artérielle systolique	Systolique Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 14b	Pression artérielle diastolique	Diastolique Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 15	Au cours des deux dernière semaines, avez-vous suivi un traitement, prescrit par un professionnel de la santé, pour une tension artérielle élevée ? Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>	

QUESTIONS SELECTIONNEES ELARGIES			
Rythme cardiaque (Indiquez si un appareil automatique de pression artérielle est utilisé)			
M 17a	Mesure 1	Battements par minute:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 17b	Mesure 2	Battements par minute:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 17c	Mesure 3	Battements par minute:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Step 3 Mesures Biochimiques

Glycémie			Colonne de Saisie
B 1	Au cours des 12 dernières heures, avez-vous bu ou mangé quelque chose, excepté de l'eau?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
B 2	Code ID du technicien		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B 3	Code ID de l'appareil		<input type="text"/> <input type="text"/>
B 4	Heure de la prise de sang (0-24 heures)		hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/>
B 5	Glycémie à jeun	Bas 1 Elevé 2 Impossible d'évaluer 3	mmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="checkbox"/>
Lipides sanguins			
B 6	Code ID du technicien		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B 7	Code ID de l'appareil		<input type="text"/> <input type="text"/>
B 8	Cholestérol total	Bas 1 Elevé 2 Impossible d'évaluer 3	mmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="checkbox"/>

QUESTIONS SELECTIONNEES ELARGIES			
B 9	Code ID du technicien		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B 10	Code ID de l'appareil		<input type="text"/> <input type="text"/>
B 11	Triglycérides	Bas 1 Elevé 2 Impossible d'évaluer 3	mmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/>
B 12	Code ID du technicien		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B 13	Code ID de l'appareil		<input type="text"/> <input type="text"/>
B 14	HDL Cholestérol	Bas 1 Elevé 2 Impossible d'évaluer 3	mmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="checkbox"/>