

## Questionnaire 1 : A faire remplir par le pharmacien

Année de naissance : .....

Sexe :  Masculin  FémininTabagisme actuel :  Oui  Non

Si non : date de l'arrêt : .....

*Cocher la bonne réponse*

Poids : .....

Taille : .....

Avez-vous déjà mesuré votre tension artérielle en pharmacie ?  Oui  Non

Avez-vous déjà mesuré votre tension artérielle à l'aide d'un appareil automatique personnel ?

 Oui  NonSi oui avec quel appareil ? :  Brassard  Tensiomètre poignet.

Si vous possédez un appareil, vous a-t-il été conseillé par :

 médecin  pharmacien  achat en grande surfacePouvez-vous indiquer vos derniers chiffres de tension artérielle ?  Oui  Non

Si oui, les indiquer ici : P.A.S ..... P.A.D.....

 Je ne sais pas ce que pression systolique et pression diastolique veut dire.

Ces chiffres, vous ont-ils été donnés :

Par un appareil automatique personnel ?  Oui  NonPar un professionnel de santé (médecin ou infirmière?) :  Oui  Non

De quand datent ces chiffres ? : .....

Moins de 2 ans :  Oui  NonEntre 2 et 4 ans :  Oui  NonPlus de 4 ans :  Oui  NonEtes-vous diabétique ? :  Oui  Non  je ne sais pasAvez-vous identifié un médecin traitant pour la sécurité sociale ? :  Oui  Non

Pensez-vous avoir trop de tension ? :

 Oui certainement  Oui peut-être  Non je ne pense pas  Non certainementAcceptez-vous de mesurer votre tension à votre domicile pendant une durée de trois jours, à l'aide de l'appareil prêté par votre pharmacien ? :  Oui  Non

Pensez-vous aller chez votre médecin à l'issue de ces mesures, si le pharmacien vous le conseille ? :

 Oui  Non Je ne sais pas  Je n'ai pas de médecin