

- o *Thành phố*
- o *Ngày khám*
- o *Giờ khám*
- o *Nhiệt độ phòng khám*

THÔNG TIN NGƯỜI ĐƯỢC ĐO HA

1. Lần đo HA gần nhất của người được đo HA: ngày tháng năm
2. Tuổi hoặc ngày sinh:
3. Giới tính:
4. Chủng tộc:
5. Đang được điều trị tăng huyết áp không? Có/ không
6. Có bị đái đường không? có/không/không biết
7. Hút thuốc không? có/không
8. Có bị tai biến tim mạch (Nhồi máu, đột quí) trước đây không? Có/không
9. Trước đây có uống rượu không? không/có
10. Hiện nay uống rượu không? (không bao giờ hoặc hiếm khi/< một lần mỗi tuần/đều đặn)
11. Được đo Huyết áp tay nào? Trái/phải
12. **HATT (1-3):**
13. **HATTr (1-3):**
14. **Tần số tim (1-3):**

Có thể đo hoặc người đo nhớ khai để ghi vào:

15. Cân nặng:

16. Chiều cao:

Người thực hiện