

Інструмент STEPS BOO3

(основний і розширений модулі)



Поетапний підхід BOO3 (STEPS) до епіднагляду факторів ризику неінфекційних захворювань

Департамент хронічних хвороб і зміцнення здоров'я
Всесвітня організація охорони здоров'я
20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
Додаткова інформація: www.who.int/chp/steps



Інструмент STEPS

Короткий огляд

Вступ	<p>Нижче наведена типова модель інструменту STEPS, що буде використовуватися в країнах/місцях проведення опитування під час розробки власного адаптованого інструменту. Вона містить:</p> <ul style="list-style-type: none">• ОСНОВНИЙ модуль (незатемнене тло)• РОЗШИРЕНИЙ модуль (затемнене тло).
Основний модуль	<p>Основні елементи кожного розділу містять питання, необхідні для розрахунку базових змінних показників. Наприклад:</p> <ul style="list-style-type: none">• кількість осіб, які на даний час палять щодня• середній індекс маси тіла <p>Примітка: слід поставити всі основні питання; виключення основних питань вплине на аналіз.</p>
Розширений модуль	<p>У розширених елементах кожного розділу запитують детальнішу інформацію. Наприклад:</p> <ul style="list-style-type: none">• Вживання бездимного (некурильного) тютюну• Сидячий спосіб життя (поведінка, що веде до гіподинамії)
Пояснення до граф	<p>Нижче наведені короткі пояснення до кожної з граф Інструменту.</p>

Графа	Опис	Адаптація з урахуванням вимог на місцях
Питання	Кожне питання необхідно зачитати учасникам	<ul style="list-style-type: none">• Відберіть розділи, що будуть використовуватися.• За бажання поставте питання з розширеного модулю
Відповіді	У цій графі наводяться можливі варіанти відповідей, які опитувана особа обводить або заповнює. Праворуч від відповідей наводяться інструкції щодо пропусків, яких слід дотримуватися під час проведення опитування.	<ul style="list-style-type: none">• Додайте конкретні відповіді на питання демографічного характеру (наприклад, С6) з урахуванням вимог на місцях.• Змініть посилання на коди питань, де це необхідно.
Код	Колонка призначена для зіставлення даних з опитувальника з номерами питань в інструменті для введення даних, у програмах для аналізу та зберігання даних, а також у коротких звітах за результатами дослідження.	Коди не можна змінювати або видаляти. Вони використовуються як основний ідентифікатор для введення даних і їх подальшого аналізу.



**Інструмент STEPS BOO3 з
епіднагляду факторів ризику
хронічних захворювань**

УКРАЇНА

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ		
Місце та дата	Відповідь	Код
Номер виборчого округу	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	I1
Номер виборчої дільниці	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	I2
Ідентифікаційний номер інтерв'юера/особи, що опитує	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	I3
Дата заповнення опитувальника	<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"/> день місяць рік	I4

Отримання згоди, мова проведення опитування	Відповідь	Ко
Зачитано й отримано згоду учасника	Так 1 Ні 2 ЯКЩО НІ, ЗАВЕРШИТИ	I5
Мова проведення опитування	Українська 1 Російська 2 English 3	I6
Час проведення опитування (за 24-годинною шкалою)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> годин хвилин	I7
Прізвище		I8
Ім'я		I9
Додаткова інформація, що може бути корисною		
Контактний номер телефону, якщо можливо		I10

ДЕМОГРАФІЧНА ІНФОРМАЦІЯ		
ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: ДЕМОГРАФІЧНА ІНФОРМАЦІЯ		
Питання	Відповідь	Код
Стать (чоловіча/жіноча за зовнішніми ознаками)	Чоловіча 1 Жіноча 2	C1
Дата Вашого народження? <i>Не знаю 77 77 7777</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> День місяць рік <i>Якщо відомо, перехід до C4</i>	C2
Скільки вам років?	Роки <input type="text"/> <input type="text"/>	C3
Скільки всього років Ви навчалися в школі, а також у спеціальних і вищих навчальних закладах (за виключенням дошкільної освіти)?	Роки <input type="text"/> <input type="text"/>	C4

РОЗШИРЕНИЙ МОДУЛЬ: ДЕМОГРАФІЧНА ІНФОРМАЦІЯ		
Який найвищий рівень отриманої Вами освіти?	Немає шкільної освіти 1 Незавершена початкова 2 Завершена початкова 3 Завершена середня – 9 класів 4 Завершена середня – 11 класів 5 Середня спеціальна 6 Завершена вища 7 Післядипломний ступінь 8 Відмова від відповіді 88	C5
До якої етнічної групи Ви належите ?	Українці 1 Болгари 2 Білоруси 3 Кримські татари 4 Угорці 5 Євреї 6 Молдовани 7 Поляки 8 Роми 9 Румуни 10 Росіяни 11 Інша 77 Відмова від відповіді 88	C6
Який Ваш сімейний стан ?	Неодружений/незаміжня (ніколи не був/ла) 1 Одружений/заміжня на даний час 2 Одружений/заміжня, але живемо окремо 3 Розлучений/а 4 Вдівець/вдова 5 У цивільному шлюбі 6 Відмова від відповіді 88	C7

ЕТАП 1 ПОКАЗНИКИ ПОВЕДІНКИ**ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: ВЖИВАННЯ ТЮТЮНУ ТА ПРОДУКТІВ, ЩО МІСТЯТЬ НІКОТИН**

Тепер я ставитиму Вам запитання щодо вживання таких тютюнових та нікотиновмісних продуктів, як цигарки, сигари, люльки чи системи нагрівання тютюну (СНТ) чи бездимного вживання тютюну. Прикладами систем нагрівання тютюну є iQOS, Ploom TECH, Glo (ВИКОРИСТАЙТЕ КАРТКУ). Ці СНТ нагрівають тютюн, виробляючи аерозолі, що містять нікотин та інші речовини, що вдихають ротом.

Також, я поставлю Вам запитання про електронні цигарки, до яких належить пристрій, що, нагріваючи спеціальну рідину (яка може містити нікотин, а може бути і без нього), виробляє аерозолі або пару, яка вдихається. Такі пристрої також називають «вейп».

Питання	Відповідь		Код
Чи Ви на даний час вживаєте продукти із переліку? <i>ВИКОРИСТАЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ для кожної групи продуктів</i>	Цигарки, сигари <i>ВИКОРИСТАЙТЕ КАРТКИ</i>	Так 1 Ні 2 <i>Якщо ні, перехід до Т8</i> Відмова 88 <i>Якщо відмова, перехід до Т8</i>	T1a
	Системи нагрівання тютюну (СНТ) – iQOS, Glo <i>ВИКОРИСТАЙТЕ КАРТКИ</i>	Так 1 Ні 2 <i>Якщо ні, перехід до Т19</i> Відмова 88 <i>Якщо відмова, перехід до Т19</i>	T1b
	Електронні сигарети (Вейп)	Так 1 Ні 2 <i>Якщо ні, перехід до Т30</i> Відмова 88 <i>Якщо відмова, перехід до Т30</i>	T1c
	Кальян	Так 1 Ні 2 <i>Якщо ні, перехід до Т40</i> Відмова 88 <i>Якщо відмова, перехід до Т40</i>	T1d
	Некурільні тютюнові вироби (нюхальний і жувальний тютюн)	Так 1 Ні 2 <i>Якщо ні, перехід до Т47</i> Відмова 88 <i>Якщо відмова, перехід до Т47</i>	T1e
Чи Ви на даний час вживаєте продукти із переліку щоденно? <i>ВИКОРИСТАЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ для кожної групи продуктів</i> <i>ПОКАЗАТИ КОЖНУ ПІДГРУПУ ЛИШЕ ЯКЩО У ВІДПОВІДНІЙ ПІДГРУПІ ПИТАННЯ Т1 БУЛО ОБРАНО ВІДПОВІДЬ «ТАК»</i>	Цигарки, сигари <i>ВИКОРИСТАЙТЕ КАРТКИ</i>	Так 1 Ні 2 Відмова 88	T2a
	Системи нагрівання тютюну (СНТ) – iQOS, Glo <i>ВИКОРИСТАЙТЕ КАРТКИ</i>	Так 1 Ні 2 Відмова 88	T2b
	Електронні сигарети (Вейп)	Так 1 Ні 2 Відмова 88	T2c
	Кальян	Так 1 Ні 2 Відмова 88	T2d
	Некурільні тютюнові вироби (нюхальний і жувальний тютюн)	Так 1 Ні 2 Відмова 88	T2e

ПАЛІННЯ ЦИГАРОК, СИГАР (ПИТАННЯ T3, T4, T5, T6, T7, T12, T13 СТАВЛЯТЬСЯ, ЯКЩО T1A=1)		
В якому віці Ви вперше почали палити?	Вік (років) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T5a/T5aw Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	T3
Чи Ви пам'ятаєте, як давно це було? (ЗАЗНАЧТЕ ЛИШЕ ОДИН ВАРІАНТ, НЕ ВСІ ТРИ) Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	Скільки років тому <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T5a/T5aw	T4a
	АБО місяців <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T5a/T5aw	T4b
	АБО тижнів <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T4c
Яку кількість виробів з переліку, в середньому, Ви викурюєте на день/на тиждень? (ЯКЩО РІДШЕ, НІЖ ЩОДНЯ, ЗАЗНАЧТЕ ЗА ТИЖДЕНЬ) (ЗАЗНАЧТЕ КІЛЬКІСТЬ ЗА КОЖНИМ ВИДОМ ВИРОБІВ, ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ) Не знаю 7777 Відмова від відповіді 8888	НА ДЕНЬ↓ НА ТИЖДЕНЬ↓	
	Промислово вироблені сигарети <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5a/T5aw
	Цигарки, скручені вручну («самокрутки») <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5b/T5bw
	Люльки, набиті тютюном <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5c/T5cw
	Сигари, сигарили <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5d/T5dw
	Інше <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5i/T5iw
	Інше (вказіть): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5other/ T5otherw
Чи намагались Ви кинути палити впродовж минулих 12 місяців?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	T6
Чи радили Вам припинити палити під час будь-якого візиту до лікаря або іншого медичного працівника впродовж минулих 12 місяців?	Так 1 Ні 2 Не було візитів до лікаря впродовж минулих 12 місяців 3 Відмова 88	T7
Чи Ви палили цигарки, сигари коли-небудь в минулому? (ВИКОРИСТАЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ) СТАВИТИ ПИТАННЯ, ЯКЩО T1a=2	Так 1 Ні 2 Якщо Ні, перехід до T12a Відмова 88	T8
Чи Ви палили цигарки, сигари коли-небудь в минулому щоденно? СТАВИТИ ПИТАННЯ, ЯКЩО T1a=1 & T2a=2	Так 1 Ні 2 Якщо Ні, перехід до T12a Відмова 88	T9
У якому віці Ви кинули палити?	Вік (років) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T12a Не знаю 77 Відмова 88	T10
Як давно Ви кинули палити? (ЗАЗНАЧТЕ ЛИШЕ ОДИН ВАРІАНТ, НЕ ВСІ ТРИ) Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	Років тому <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T12a	T11a
	АБО Місяців тому <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T12a	T11b
	АБО Тижнів тому <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T12a	T11c

СИСТЕМИ НАГРІВАННЯ ТЮТЮНУ (СНТ) (ПИТАННЯ T14, T15, T16, T17, T18, T23, T24 СТАВЛЯТЬСЯ, ЯКЩО T1b=1)									
В якому віці Ви вперше почали використовувати СНТ?	Вік (років) <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T16a/T16aw Не знаю 77 Відмова 88		T14						
Чи Ви пам'ятаєте, як давно це було? (ЗАЗНАЧТЕ ЛИШЕ ОДИН ВАРІАНТ, НЕ ВСІ ТРИ) Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	Років тому <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T16a/T16aw		T15a						
	АБО Місяців тому <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T16a/T16aw		T15b						
	АБО Тижнів тому <input type="text"/> <input type="text"/>		T15c						
Яку кількість стіків СНТ, у середньому, Ви викурюєте на день/на тиждень? (ЯКЩО РІДШЕ, НІЖ ЩОДНЯ, ЗАЗНАЧТЕ ЗА ТИЖДЕНЬ) (ЗАЗНАЧТЕ КІЛЬКІСТЬ, ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ) Не знаю 7777 Відмова від відповіді 8888	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>НА ДЕНЬ↓</th> <th>ТИЖДЕНЬ↓</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Системи нагрівання тютюну (СНТ), кількість викурених стіків</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>			НА ДЕНЬ↓	ТИЖДЕНЬ↓	Системи нагрівання тютюну (СНТ), кількість викурених стіків	<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"/>	T16a/T16aw
	НА ДЕНЬ↓	ТИЖДЕНЬ↓							
Системи нагрівання тютюну (СНТ), кількість викурених стіків	<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"/>							
Чи намагались Ви припинити використовувати СНТ впродовж минулих 12 місяців?	Так 1 Ні 2 Відмова 88		T17						
Чи радили Вам припинити використовувати СНТ під час будь-якого візиту до лікаря або іншого медичного працівника впродовж минулих 12 місяців?	Так 1 Ні 2 Не було візиту до лікаря впродовж минулих 12 місяців 3 Відмова 88		T18						
Чи використовували Ви СНТ коли-небудь в минулому? (ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ) ПИТАННЯ СТАВИТЬСЯ, ЯКЩО T1b=2	Так 1 Ні 2 Якщо ні, перехід до T12a Відмова 88		T19						
Чи використовували Ви СНТ коли-небудь в минулому щоденно? ПИТАННЯ СТАВИТЬСЯ, ЯКЩО T1b=1 & T2b=2	Так 1 Ні 2 Якщо ні, перехід до T12a Відмова 88		T20						
У якому віці Ви припинили використовувати СНТ?	Вік (років) <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T12a Не знаю 77 Відмова 88		T21						
Як давно Ви припинили використовувати СНТ? (ЗАЗНАЧТЕ ЛИШЕ ОДИН ВАРІАНТ, А НЕ ВСІ ТРИ) Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	Років тому <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T12a		T22a						
	АБО Місяців тому <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T12a		T22b						
	АБО Тижнів тому <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T12a		T22c						

ЕЛЕКТРОННІ СИГАРЕТИ (ПИТАННЯ T25, T26, T27, T28, T29, T34, T35 СТАВЛЯТЬСЯ, ЯКЩО T1C=1)		
В якому віці Ви вперше почали використовувати електронні сигарети (парити)?	Вік (років) Не знаю 77 <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T27a/T27aw Відмова 88	T25
Чи Ви пам'ятаєте, як давно це було? (ЗАЗНАЧТЕ ЛИШЕ ОДИН ВАРІАНТ, А НЕ ВСІ ТРИ) Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	Років тому <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T27a/T27aw	T26a
	АБО Місяців тому <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T27a/T27aw	T26b
	АБО Тижнів тому <input type="text"/> <input type="text"/>	T26c
Скільки рідини для електронних сигарет (паріння), у середньому, Ви споживаєте на день/на тиждень (мл)? (ЯКЩО РІДШЕ, НІЖ ЩОДНЯ, ЗАЗНАЧТЕ ЗА ТИЖДЕНЬ) (ЗАЗНАЧТЕ КІЛЬКІСТЬ, ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ) Не знаю 7777 Відмова від відповіді 8888	НА ДЕНЬ↓ НА ТИЖДЕНЬ↓ рідина для електронних сигарет (паріння), мл, рідина з нікотиним <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T27a/T27aw
	рідина для електронних сигарет (паріння), мл, рідина без нікотину <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T27b/T27bw
Чи намагались Ви припинити використовувати електронні сигарети (парити) впродовж минулих 12 місяців?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	T28
Чи радили Вам припинити використовувати електронні сигарети (парити) під час будь-якого візиту до лікаря або іншого медичного працівника впродовж минулих 12 місяців?	Так 1 Ні 2 Не було візиту до лікаря впродовж минулих 12 місяців 3 Відмова 88	T29
Чи використовували Ви електронні сигарети (парили) коли-небудь в минулому? (ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ) ПИТАННЯ СТАВИТЬСЯ, ЯКЩО T1c=2	Так 1 Ні 2 Якщо ні, перехід до T12a Відмова 88	T30
Чи використовували Ви електронні сигарети (парили) коли-небудь в минулому щоденно? ПИТАННЯ СТАВИТЬСЯ, ЯКЩО T1c=1 & T2c=2	Так 1 Ні 2 Якщо ні, перехід до T12a Відмова 88	T31
У якому віці Ви припинили використовувати електронні сигарети (парити)?	Вік (років) Не знаю 77 <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T12a Відмова 88	T32
Як давно Ви припинили використовувати електронні сигарети (парити)? (ЗАЗНАЧТЕ ЛИШЕ ОДИН ВАРІАНТ, А НЕ ВСІ ТРИ) Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	Років тому <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T12a	T33a
	АБО Місяців тому <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T12a	T33b
	АБО Тижнів тому <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T12a	T33c

КАЛЬЯН (ПИТАННЯ Т36-Т39 СТАВЛЯТЬСЯ, ЯКЩО Т1D=1)		
В якому віці Ви вперше почали курити кальян?	Вік (років) Не знаю 77 <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до Відмова 88 T38a/T38aw	T36
Чи Ви пам'ятаєте, як давно це було? (ЗАЗНАЧТЕ ЛИШЕ ОДИН ВАРІАНТ, А НЕ ВСІ ТРИ) Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	Років тому <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T38a/T38aw	T37a
	АБО Місяців тому <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T38a/T38aw	T37b
	АБО Тижнів тому <input type="text"/> <input type="text"/>	T37c
Скільки разів, в середньому, Ви курите кальян на день/на тиждень? (ЯКЩО РІДШЕ, НІЖ ЩОДНЯ, ЗАЗНАЧТЕ ЗА ТИЖДЕНЬ) (ЗАЗНАЧТЕ КІЛЬКІСТЬ, ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ) Не знаю 7777 Відмова від відповіді 8888	НА ДЕНЬ↓ НА ТИЖДЕНЬ↓ Кількість разів куріння кальяну <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T38a/T38aw
Чи радили Вам припинити курити кальян під час будь-якого візиту до лікаря або іншого медичного працівника впродовж минулих 12 місяців?	Так 1 Ні 2 Не було візиту до лікаря впродовж минулих 12 місяців 3 Відмова 88	T39
Чи курили Ви кальян коли-небудь в минулому? (ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ)	Так 1 Ні 2 Відмова 88	T40
НЕКУРИЛЬНІ ТЮТЮНОВІ ВИРОБИ (ПИТАННЯ Т41-Т46 СТАВЛЯТЬСЯ, ЯКЩО Т1E=1)		
В якому віці Ви вперше почали вживати некурильні тютюнові вироби (нюхальний і жувальний тютюн)?	Вік (років) Не знаю 77 <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до Відмова 88 T45a/T45aw	T41
Чи Ви пам'ятаєте, як давно це було? (ЗАЗНАЧТЕ ЛИШЕ ОДИН ВАРІАНТ, А НЕ ВСІ ТРИ) Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	Років тому <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T45a/T45aw	T42a
	АБО Місяців тому <input type="text"/> <input type="text"/> Якщо відомо, перехід до T45a/T45aw	T42b
	АБО Тижнів тому <input type="text"/> <input type="text"/>	T42c

ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: СПОЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ		
Наступні питання будуть присвячені споживанню алкоголю		
Питання	Відповідь	Код
Чи вживали Ви коли-небудь будь-який вид алкоголю, наприклад пиво, вино, міцні спиртні напої, настоянки, лікери, слабоалкогольні напої? <i>(ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ АБО НАВЕДІТЬ ПРИКЛАДИ)</i>	Так 1 Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до A16</i> Відмова 88 <i>Якщо Відмова, перехід до A16</i>	A1
Чи Ви вживали будь-який алкоголь впродовж минулих 12 місяців?	Так 1 <i>Якщо Так, перехід до A4</i> Ні 2 Відмова 88	A2
Чи Ви припиняли вживання алкоголю через його негативний вплив на Ваше здоров'я чи за порадою лікаря або іншого медичного працівника?	Так 1 <i>Якщо Так, перехід до A16</i> Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до A16</i> Відмова 88 <i>Якщо Відмова, перехід до A16</i>	A3
За останні 12 місяців, як часто Ви випивали хоча б одну стандартну дозу алкоголю? <i>(ПРОЧИТАЙТЕ ВІДПОВІДІ, ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ)</i>	Щодня 1 5-6 днів на тиждень 2 3-4 дні на тиждень 3 1-2 дні на тиждень 4 1-3 дні на місяць 5 Менше одного разу на місяць 6 Ніколи 7 Не знаю 77 Відмова 88	A4
Чи Ви вживали алкоголь за останні 30 днів ?	Так 1 Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до A13</i> Відмова 88	A5
За останні 30 днів, скільки разів Ви випивали хоча б одну стандартну дозу алкоголю?	Кількість <input type="text"/> <input type="text"/> <i>якщо Нуль, перехід до A13</i> Не знаю 77 Відмова 88	A6
За останні 30 днів, коли Ви випивали, скільки стандартних доз будь-якого алкогольного напою в середньому Ви споживали за один раз? <i>(ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ)</i>	Кількість <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Не знаю 77 Відмова 88	A7
Яку найбільшу кількість стандартних доз алкоголю Ви споживали за один раз протягом останніх 30 днів, якщо рахувати всі види алкогольних напоїв разом?	Найбільша кількість <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Не знаю 77 Відмова 88	A8
За останні 30 днів, скільки разів Ви випивали б і більше стандартних доз за один раз?	Скільки разів <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Не знаю 77 Відмова 88	A9
Скільки стандартних доз будь-якого алкогольного напою Ви вживали протягом кожного дня за останні 7 днів ? <i>(ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ)</i> Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	Понеділок <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A10a
	Вівторок <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A10b
	Середа <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A10c
	Четвер <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A10d
	П'ятниця <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A10e
	Субота <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A10f
	Неділя <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A10g

ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: СПОЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ – продовження			
Я щойно питав(ла) Вас щодо вживання алкоголю протягом останніх 7 днів. Ці питання стосувалися вживання алкоголю в цілому, а наступні питання стосуються вживання Вами алкоголю домашнього приготування; алкоголю, привезеного з-за кордону; різного виду алкоголю, не призначеного для вживання всередину, або інших видів алкоголю, що не оподатковуються акцизним митом. Будь ласка, відповідаючи на питання майте на увазі лише ці види алкоголю.			
Питання	Відповідь		Код
За останні 7 днів, чи вживали Ви алкоголь домашнього приготування, будь-який вид алкоголю, привезений з-за кордону, будь-який вид алкоголю, що не призначений для вживання всередину (лікарські засоби на основі спирту, парфуми, косметичні засоби), або інші види алкоголю, що не обкладаються акцизним податком? <i>(ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ)</i>	Так	1	A11
	Ні	2 Якщо Ні, перехід до A13	
	Відмова	88	
За останні 7 днів, скільки стандартних доз перерахованих вище алкогольних напоїв Ви випивали? <i>(ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ)</i> Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	Спирт домашнього приготування, наприклад, самогон, настоянки, брага	<input type="text"/>	A12a
	Пиво, виноградне та фруктове вино, сидр домашнього приготування	<input type="text"/>	A12b
	Алкоголь, привезений з-за кордону/з іншої країни	<input type="text"/>	A12c
	Алкоголь, не призначений для вживання всередину, наприклад, лікарські засоби, парфумерні вироби, засоби після гоління, що містять алкоголь	<input type="text"/>	A12d
	Інші види алкоголю, що не обкладаються акцизним митом у країні	<input type="text"/>	A12e
РОЗШИРЕНИЙ МОДУЛЬ: СПОЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ			
Протягом останніх 12 місяців , як часто Ви опинялися в ситуації, коли Ви починали приймати алкоголь і не могли зупинитися?	Щодня або майже щодня	1	A13
	Щотижня	2	
	Щомісяця	3	
	Рідше, ніж раз на місяць	4	
	Ніколи	5	
	Не знаю	77	
	Відмова	88	
Протягом останніх 12 місяців , як часто Ви були не в змозі зробити те, що зазвичай від Вас очікується, через вживання алкоголю?	Щодня або майже щодня	1	A14
	Щотижня	2	
	Щомісяця	3	
	Рідше, ніж раз на місяць	4	
	Ніколи	5	
	Не знаю	77	
	Відмова	88	
Протягом останніх 12 місяців , як часто Вам було необхідно випити з ранку, щоб прийти до тями після важкої п'янки/запою?	Щодня або майже щодня	1	A15
	Щотижня	2	
	Щомісяця	3	
	Рідше, ніж раз на місяць	4	
	Ніколи	5	
	Не знаю	77	
	Відмова	88	
Протягом останніх 12 місяців , чи були у Вас проблеми в сім'ї або з Вашим партнером через вживання алкоголю кимось іншим?	Щодня або майже щодня	1	A16
	Щотижня	2	
	Щомісяця	3	
	Рідше, ніж раз на місяць	4	
	Ніколи	5	
	Відмова	88	

ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: РАЦІОН ХАРЧУВАННЯ		
<p>Наступні питання стосуються споживання фруктів і овочів у звичайному раціоні харчування. Я маю картки з харчування, на яких продемонстровані приклади місцевих фруктів і овочів. На кожній картинці представлений розмір порції. Відповідаючи на дані питання, будь ласка, думайте про звичайний тиждень протягом останнього року.</p>		
Питання	Відповідь	Код
<p>Скільки днів протягом типового тижня Ви зазвичай споживаєте фрукти? (ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ)</p>	<p>Кількість днів <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Якщо 0 днів, перехід до D3</p> <p>Не знаю 77</p> <p>Відмова 88</p>	D1
<p>Скільки порцій фруктів Ви споживаєте протягом одного з таких днів? (ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ)</p>	<p>Кількість порцій <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Не знаю 77</p> <p>Відмова 88</p>	D2
<p>Скільки днів протягом типового тижня Ви зазвичай споживаєте овочі? (ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ)</p>	<p>Кількість днів <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Якщо 0 днів, перехід до D5</p> <p>Не знаю 77</p> <p>Відмова 88</p>	D3
<p>Скільки порцій овочів Ви споживаєте протягом одного з таких днів? (ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ)</p>	<p>Кількість порцій <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Не знаю 77</p> <p>Відмова 88</p>	D4
<p>Як часто Ви споживаєте газовані солодкі напої (наприклад, Coca Cola, Pepsi, Fanta, Sprite, Mirinda і т. п.), холодний чай (наприклад, Fuze Tea, Lipton Ice Tea), компоти та узвар? Не враховуйте дієтичні напої та напої без цукру.</p>	<p>Раз на день або частіше 1</p> <p>4-6 разів на тиждень 2</p> <p>1-3 рази на тиждень 3</p> <p>Рідше, ніж раз на тиждень 4</p> <p>Ніколи 5</p> <p>Не знаю 77</p> <p>Відмова від відповіді 88</p>	DX1
ХАРЧОВА СІЛЬ		
<p>У цьому розділі ми хотіли б дізнатися про кількість солі у Вашому раціоні. Харчова сіль включає в себе звичайну кухонну сіль, неочищену сіль і йодовану сіль, солоні бульйонні кубики та порошки, а також солоні соуси, такі як соєвий або рибний соуси (див. картки). Наступні питання присвячені додаванню солі в їжу безпосередньо перед вживанням, тому, як Ви готуєте вдома, вживанню оброблених продуктів із високим вмістом солі, наприклад, солоні огірки, солянка, чіпси, солоня риба, а також тому, як ви контролюєте споживання солі. Будь ласка, дайте відповідь на наступні запитання, навіть якщо Ви вважаєте, що Ваш раціон містить мало солі.</p>		
<p>Як часто Ви додаєте сіль або солоні соуси (такі як соєвий соус) в їжу перед її вживанням або безпосередньо під час їжі? (Оберіть лише одну відповідь) (ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ)</p>	<p>Завжди 1</p> <p>Часто 2</p> <p>Іноді 3</p> <p>Рідко 4</p> <p>Ніколи 5</p> <p>Не знаю 77</p> <p>Відмова 88</p>	D5
<p>Як часто сіль, солоні спеції або солоні соуси додаються під час приготування їжі у Вас у побуті?</p>	<p>Завжди 1</p> <p>Часто 2</p> <p>Іноді 3</p> <p>Рідко 4</p> <p>Ніколи 5</p> <p>Не знаю 77</p> <p>Відмова 88</p>	D6

ХАРЧОВА СІЛЬ – продовження		
Як часто Ви вживаєте оброблені продукти з високим вмістом солі? Під обробленими продуктами з високим вмістом солі я маю на увазі продукти, змінені в порівнянні з їхнім природним станом, наприклад, м'ясні та рибні копченості, ковбасу, сало, соління, консерви, солону сушену рибу (тараньку), солоні чіпси та горіхи. (Використовуйте картки з відповідями)	Завжди 1 Часто 2 Іноді 3 Рідко 4 Ніколи 5 Не знаю 77 Відмова 88	D7
Яку кількість солі або солоних соусів Ви вживаєте, на Вашу думку?	Надто багато 1 Багато 2 Середня кількість 3 Мало 4 Надто мало 5 Не знаю 77 Відмова 88	D8

РОЗШИРЕНИЙ МОДУЛЬ: РАЦІОН ХАРЧУВАННЯ		
Питання	Відповідь	Код
Наскільки для Вас важливо знизити вживання солі в Вашому раціоні?	Дуже важливо 1	D9
	Не дуже важливо 2	
	Зовсім не важливо 3	
	Не знаю 77	
	Відмова 88	
Як Ви думаєте, чи може вживання великої кількості солі або солоних соусів викликати у Вас серйозні проблеми зі здоров'ям ?	Так 1	D10
	Ні 2	
	Не знаю 77	
	Відмова 88	
Що з переліченого нижче Ви робите регулярно з метою контролю споживання Вами солі? (Відповісти на кожен пункт)		
Скорочую споживання промислово виготовлених продуктів	Так 1	D11a
	Ні 2	
	Відмова 88	
Перевіряю вміст солі або натрію на упаковці продуктів	Так 1	D11b
	Ні 2	
	Відмова 88	
Купую альтернативні продукти з низьким вмістом солі/натрію	Так 1	D11c
	Ні 2	
	Відмова 88	
Використовую інші спеції, що не містять сіль, під час приготування їжі	Так 1	D11d
	Ні 2	
	Відмова 88	
Уникаю споживання їжі, приготовленої поза домом	Так 1	D11e
	Ні 2	
	Відмова 88	
Використовую інші заходи контролю споживання солі	Так 1 <i>Якщо Так, перехід до D11other.</i>	D11f
	Ні 2	
	Відмова 88	
Інше (будь ласка, уточніть)	<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"/>	D11other

ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ		
<p>Далі я хочу Вас запитати щодо часу, коли Ви займаєтеся різними типами фізичної активності протягом звичайного тижня. Будь ласка, дайте відповідь на ці питання, навіть якщо Ви не вважаєте себе фізично активною людиною.</p> <p>Першою чергою подумайте про час, який у Вас іде на виконання роботи. Під роботою мається на увазі оплачувана або неоплачувана праця, навчання/освіта, робота по дому, збір врожаю, риболовля або полювання з метою видобутку їжі, пошук роботи. Відповідаючи на наступні питання, майте на увазі, що "високоінтенсивна діяльність" - це активність, за якої необхідно докладати багато фізичних зусиль, і яка викликає значне підвищення частоти дихання або серцебиття; "активність помірної інтенсивності" - діяльність, за якої необхідно докладати помірні фізичні зусилля, та яка викликає помірне прискорення дихання або серцебиття.</p>		
Питання	Відповідь	Код
АКТИВНІСТЬ НА РОБОТІ		
<p>Чи Ваша робота вимагає високоінтенсивної діяльності, за якої значно прискорюється дихання або пульс (наприклад, підняття важких вантажів, земляні або будівельні роботи), і яка триває безперервно, щонайменше, протягом 10 хвилин? (ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ)</p>	<p>Так 1</p> <p>Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до P4</i></p> <p>Відмова 88</p>	P1
<p>Скільки днів протягом звичайного тижня Ви зазвичай займаєтеся високоінтенсивною фізичною працею на роботі?</p>	<p>Кількість днів</p> <p>Не знаю 77 <input type="text"/></p> <p>Відмова 88</p>	P2
<p>Скільки часу протягом типового дня Ви зазвичай займаєтеся на роботі високоінтенсивною фізичною діяльністю?</p>	<p>Годин : хвилин <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>годин хвилин</p> <p>Не знаю 77</p> <p>Відмова 88</p>	P3 (a-b)
<p>Чи Ваша робота вимагає середньоінтенсивної діяльності, за якої дещо прискорюється дихання або пульс (наприклад, швидка ходьба або піднімання невеликих вантажів), і яка триває безперервно, щонайменше, протягом 10 хвилин? (ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ)</p>	<p>Так 1</p> <p>Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до P7</i></p> <p>Відмова 88</p>	P4
<p>Скільки днів протягом звичайного тижня Ви зазвичай займаєтеся середньоінтенсивною діяльністю на роботі?</p>	<p>Кількість днів</p> <p>Не знаю 77 <input type="text"/></p> <p>Відмова 88</p>	P5
<p>Скільки часу протягом звичайного дня Ви зазвичай займаєтеся середньоінтенсивною фізичною діяльністю на роботі?</p>	<p>Годин : хвилин <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>годин хвилин</p> <p>Не знаю 77</p> <p>Відмова 88</p>	P6 (a-b)
ПЕРЕСУВАННЯ		
<p>Наступні питання не включають фізичне навантаження на роботі, про яке Ви вже говорили. Тепер хотілося б дізнатися, як Ви зазвичай дістаєтеся, наприклад, на роботу, до магазинів, на ринок, у місця поклоніння, і як потім повертаєтеся назад.</p>		
<p>Чи Ви ходите пішки, чи використовуєте велосипед (педальний вид транспорту) безперервно протягом не менше 10 хвилин в якості засобу пересування з місця на місце?</p>	<p>Так 1</p> <p>Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до P10</i></p> <p>Відмова 88 <i>Якщо Відмова, перехід до P10</i></p>	P7
<p>Скільки днів протягом типового тижня Ви зазвичай ходите пішки або їдете на велосипеді безперервно протягом не менше 10 хвилин, щоб дістатися до іншого місця?</p>	<p>Кількість днів</p> <p>Не знаю 77 <input type="text"/></p> <p>Відмова 88</p>	P8
<p>Скільки часу протягом звичайного дня Ви зазвичай приділяєте ходьбі пішки або їзді на велосипеді?</p>	<p>Годин : хвилин <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>годин хвилин</p> <p>Не знаю 77</p> <p>Відмова 88</p>	P9 (a-b)

ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ – продовження		
Питання	Відповідь	Код
АКТИВНЕ ДОЗВІЛЛЯ		
Наступні питання не включають діяльність, пов'язану з роботою та пересуванням, про яку Ви вже говорили. Тепер мені хотілося б дізнатися про Ваші заняття спортом, фізичними вправами та про Ваше активне дозвілля.		
Чи Ви займаєтеся безперервно протягом, щонайменше, 10 хвилин спортом, активним дозвіллям або фізичними вправами з високим навантаженням на організм, за яких значно прискорюється дихання або пульс наприклад, бігом або футболом? <i>(ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ)</i>	Так 1 Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до P13</i> Відмова 88 <i>Якщо Відмова, перехід до P13</i>	P10
Скільки днів протягом типового тижня Ви зазвичай займаєтеся спортом, фізичними вправами чи активним дозвіллям високоінтенсивного характеру?	Кількість днів Не знаю 77 <input type="text"/> Відмова від відповіді 88	P11
Скільки часу протягом типового дня Ви зазвичай займаєтеся спортом, фізичними вправами чи активним дозвіллям високоінтенсивного характеру? <i>Не знаю 77</i> <i>Відмова від відповіді 88</i>	Годин : хвилин <input type="text"/> : <input type="text"/> годин хвилин	P12 (a-b)
Чи Ви займаєтеся безперервно протягом, щонайменше, 10 хвилин спортом, активним дозвіллям або фізичними вправами з помірним навантаженням на організм, за яких дещо прискорюється дихання або пульс наприклад, швидке ходіння, їзда на велосипеді, плавання, волейбол? <i>(ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ)</i>	Так 1 Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до P16</i>	P13
Скільки днів протягом типового тижня Ви зазвичай займаєтеся спортом, фізичними вправами чи активним дозвіллям середньоінтенсивного характеру?	Кількість днів Не знаю 77 <input type="text"/> Відмова від відповіді 88	P14
Скільки часу протягом типового дня Ви зазвичай займаєтеся спортом, фізичними вправами чи активним дозвіллям середньоінтенсивного характеру? <i>Не знаю 77</i> <i>Відмова від відповіді 88</i>	Годин : хвилин <input type="text"/> : <input type="text"/> годин хвилин	P15 (a-b)

РОЗШИРЕНИЙ МОДУЛЬ: ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ		
СИДЯЧИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ		
Наступне питання стосується знаходження в сидячому або напівлежачому положенні на роботі, вдома, при пересуванні з місця на місце, включаючи час, проведений сидячи за столом, сидячи з друзями, під час поїздки в автомобілі, автобусі, поїзді, під час читання, гри в карти або перегляду телебачення, але за виключенням часу сну. <i>(ВИКОРИСТОВУЙТЕ КАРТКИ З ВІДПОВІДЯМИ)</i>		
Скільки часу протягом типового дня Ви зазвичай проводите в положенні сидячи або напівлежачи? <i>Не знаю 77</i> <i>Відмова від відповіді 88</i>	Годин : хвилин <input type="text"/> : <input type="text"/> годин хвилин	P16 (a-b)

ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: ІСТОРІЯ ПІДВИЩЕНОГО АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ		
Питання	Відповідь	Код
Чи вимірював Вам коли-небудь артеріальний тиск лікар або інший медичний працівник?	Так 1 Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до Н6</i> Відмова 88	Н1
Чи говорив Вам коли-небудь лікар або інший медичний працівник, що у Вас підвищений артеріальний тиск або гіпертонія?	Так 1 Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до Н6</i> Відмова 88	Н2а
Вперше Вам сказали про це в межах останніх 12 місяців?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	Н2b
Чи протягом останніх 2 тижнів Ви приймали будь-які ліки (медичні препарати) від підвищеного артеріального тиску, виписані лікарем або іншим медичним працівником?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	Н3
Чи Ви коли-небудь зверталися до народних цілителів (знахарів, ворожок) із приводу підвищеного артеріального тиску або гіпертонії?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	Н4
Чи Ви в даний час приймаєте будь-які лікарські трави або народні засоби для лікування підвищеного артеріального тиску (наприклад, відвар з ромашки, звіробоя, листя суниці, березових бруньок)?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	Н5

ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: ІСТОРІЯ ДІАБЕТУ		
Чи вимірював у Вас коли-небудь рівень цукру в крові лікар або інший медичний працівник?	Так 1 Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до Н12</i> Відмова 88	Н6
Чи говорив Вам коли-небудь лікар або інший медичний працівник, що у Вас підвищений рівень цукру в крові або що у Вас діабет?	Так 1 Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до Н12</i> Відмова 88	Н7а
Вперше Вам сказали про це в межах останніх 12 місяців?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	Н7b
Чи протягом останніх 2 тижнів Ви приймали будь-які лікарські засоби (медичні препарати) від діабету, виписані лікарем або іншим медичним працівником?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	Н8
Чи приймаєте Ви в даний час інсулін для лікування діабету, призначений лікарем або іншим медичним працівником?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	Н9
Чи Ви коли-небудь зверталися до народних цілителів (знахарів, ворожок) із приводу діабету або підвищеного рівня цукру в крові?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	Н10
Чи Ви в даний час приймаєте будь-які лікарські трави або народні засоби, наприклад, відвари, для лікування діабету?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	Н11

ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: ІСТОРІЯ ПІДВИЩЕНОГО ЗАГАЛЬНОГО ХОЛЕСТЕРИНУ		
Питання	Відповідь	Код
Чи вимірював Вам лікар або інший медичний працівник коли-небудь рівень холестерину (рівень жирів у крові)?	Так 1 Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до Н17</i> Відмова 88 <i>Якщо Відмова, перехід до Н17</i>	Н12
Чи говорив Вам за останні 12 місяців лікар або інший медичний працівник, що у Вас підвищений рівень холестерину?	Так 1 Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до Н17</i> Відмова 88 <i>Якщо Відмова, перехід до Н17</i>	Н13а
Вперше Вам сказали про це в межах останніх 12 місяців?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	Н13b
Чи протягом останніх двох тижнів Ви приймали препарати (ліки) від підвищеного холестерину, виписані лікарем або іншим медичним працівником?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	Н14
Чи Ви коли-небудь зверталися до народних цілителів (знахарів, ворожок) із приводу підвищеного холестерину?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	Н15
Чи Ви в даний час приймаєте будь-які лікарські трави або народні засоби для лікування підвищеного холестерину (наприклад прополіс, лимон з часником, насіння льону)?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	Н16

ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: ІСТОРІЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ		
Чи був у Вас коли-небудь серцевий напад або біль в грудях у зв'язку з серцевим захворюванням (стенокардія) або інсульт?	Так 1 Ні 2	Н17
Чи в даний час Ви приймаєте регулярно аспірин із метою профілактики або лікування захворювань серця?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	Н18
Чи в даний час Ви приймаєте регулярно статини (ловостатин/симвастатин/аторвастатин або інші статини) з метою профілактики або лікування захворювань серця?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	Н19

ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: ПОРАДИ ЩОДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ		
Впродовж минулих 12 місяців, чи відвідували Ви лікаря чи медичного працівника?	Так 1 Ні 2 <i>Якщо Ні та C1=1, перехід до V1, Якщо Ні та C1=2, перехід до CX1</i> Відмова 88 <i>Якщо Відмова та C1=1, перехід до V1, Якщо Відмова та C1=2, перехід до CX1</i>	H20
Чи протягом будь-якого візиту за останні 12 місяців рекомендував Вам лікар або інший медичний працівник роботи щось із наведеного нижче? (Відповісти на кожен пункт)		
Припинити вживання тютюнової продукції або й зовсім не починати	Так 1 Ні 2 Відмова 88	H20a
Зменшити вживання солі в їжі	Так 1 Ні 2 Відмова 88	H20b
Щодня споживати мінімум п'ять порцій фруктів і/або овочів	Так 1 Ні 2 Відмова 88	H20c
Зменшити вживання жирів у їжі	Так 1 Ні 2 Відмова 88	H20d
Почати займатися спортом або збільшити обсяг фізичної активності	Так 1 Ні 2 Відмова 88	H20e
Підтримувати нормальну (здорову) вагу тіла або схуднути	Так 1 Ні 2 Відмова 88	H20f
Зменшити споживання солодких напоїв	Так 1 <i>Якщо C1=1, перехід до V1</i> Ні 2 <i>Якщо C1=1, перехід до V1</i> Відмова 88 <i>Якщо C1=1, перехід до V1</i>	H20g

ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ (ДЛЯ ЖІНОК): СКРИНІНГ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ ТА РАК МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ		
<p>Наступні питання стосуються профілактики раку шийки матки. Скринінг раку шийки матки здійснюється за допомогою ПАП тесту / цитологічного тесту / мазку. Для проведення ПАП тесту / цитологічного тесту / мазку лікар або медсестра протирають піхву тампоном, тим самим проводячи взяття мазку шийки матки, й відправляють його до лабораторії. Можливо, Вам запропонували самостійно взяти мазок із піхви. Лабораторія перевіряє наявність атипівих клітинних елементів.</p>		
Питання	Відповіді	Код
Чи Ви коли-небудь проходили скринінг на рак шийки матки за допомогою ПАП тесту / цитологічного тесту / мазку?	Так 1 Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до CX11</i> Не знаю 77 <i>Якщо Не знаю, перехід до CA1</i> Відмова 88 <i>Якщо Відмова, перехід до CA1</i>	CX1
Питання	Відповідь	Код
Наступні питання CX2 – CX10 стосуються лише тих, хто проводив скринінговий тест (CX1=1). Якщо CX1=2, переходьте до запитання CX11. Якщо CX1 = 77 або CX1 = 88, переходьте до CA1.		
У якому віці Ви вперше пройшли скринінговий тест на рак шийки матки?	Вік <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	CX2

<p>Коли Ви востаннє проходили скринінговий тест на рак шийки матки?</p>	<p>Менш, ніж рік тому 1 1-2 роки тому 2 3-5 років тому 3 Більше 5 років тому 4 Не знаю 77 Відмова від відповіді 88</p>	<p>CX3</p>
<p>Яка головна причина проходження останнього скринінгового тесту на рак шийки матки?</p>	<p>Це складова планового обслідування 1 Це наслідок аномального чи нечіткого результату обслідувань 2 Рекомендовано лікарем / медпрацівником 3 Рекомендовано кимось іншим 4 Біль чи інші симптоми 5 За власною ініціативою 6 Інше 7 Не знаю 77 Відмова від відповіді 88</p>	<p>CX4</p>
<p>Де Ви востаннє проходили скринінговий тест на рак шийки матки?</p>	<p>Заклади первинної медичної допомоги (фельдшерсько-акушерські пункти) 1 Поліклініка чи діагностичний центр 2 У приватному центрі / клініці 3 Приватні лабораторії (наприклад, Сінево чи Діла тощо) 4 Жіноча консультація 5 Кабінет лікаря на місці роботи (наприклад, на великих заводах, виробництвах) 6 Лікарня 7 Інше 8</p>	<p>CX5</p>
<p>Який був результат Вашого останнього скринінгового тесту на рак шийки матки?</p>	<p>1 <i>Якщо Не отримала результати</i> 2 <i>Якщо Негативний, перехід до СХХ9</i> 3 <i>Якщо Позитивний, перехід до СХХ9</i> 4 Підозра раку 5 Нечіткий результат 77 Не знаю 88 Відмова від відповіді</p>	<p>CX6</p>
<p>Чи відвідували Ви лікаря в подальшому через результати скринінгового тесту?</p>	<p>Так 1 Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до СХХ9</i> Не знаю 77 Відмова від відповіді 88</p>	<p>CX7</p>
<p>Чи отримали Ви лікування у зв'язку з результатами скринінгового тесту?</p>	<p>Так 1 Ні 2 Не знаю 77 Відмова від відповіді 88</p>	<p>CX8</p>

<p>Яким чином Ви зазвичай отримуєте результати скринінгових тестів (як позитивні, так і негативні)</p>	<p>Під час візиту в медичний заклад чи до лікаря з цього приводу 1 Електронною поштою 2 Звичайною поштою (Укрпошта) 3 Повідомлення на телефон (SMS, Viber, і т. п.) 4 Телефонний дзвінок від лікаря чи медичного закладу 5 Відмова від відповіді 88</p>	<p>CXX9</p>
<p>Чому Ви не отримали лікування? Вкажіть головну причину. <i>(ДЛЯ ТИХ, В КОГО CX8 = «2»)</i></p>	<p>Сказали, що лікування не потрібне 1 Не знала, як/де отримати лікування 2 Сором'язливість (страх, що про візит хтось дізнається, страх соціальної стигми, осуду) 3 Надто дорого 4 Не було часу 5 Медичний заклад знаходиться надто далеко 6 Низька якість обслуговування 7 Страх перед процедурою 8 Соціальні, релігійні норми чи особисті переконання 9 Член родини не дозволить 10 <i>Якщо CX10=10, перехід до CX10Spec, або до CA1</i> Не знаю 77 Відмова від відповіді 88</p>	<p>CX10</p>
	<p>Член родини (будь ласка, уточніть) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>CX10Spec</p>
<p>Чому Ви не ніколи не проходили скринінговий тест на рак шийки матки? Вкажіть головну причину? <i>(ДЛЯ ТИХ, В КОГО CX1 = «2»)</i></p>	<p>Не знала, як/де пройти скринінговий тест 1 Сором'язливість (страх, що про візит хтось дізнається, страх соціальної стигми, осуду) 2 Надто дорого 3 Не було часу 4 Медичний заклад знаходиться надто далеко 5 Низька якість обслуговування 6 Страх перед процедурою 7 Соціальні, релігійні норми чи особисті переконання 8 Член родини не дозволить 9 <i>Якщо CX11=9, перехід до CX11Spec, або до CA1</i> Не знаю 77 Відмова від відповіді 88</p>	<p>CX11</p>
	<p>Член родини (будь ласка, уточніть) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>CX11Spec</p>

Наступне питання стосується профілактики раку молочних залоз. Скринінговий тест на рак молочних залоз включає в себе огляд грудей, мамограму. Клінічний огляд грудей – це огляд, що здійснюється лікарем чи медперсоналом, що руками обслідують груди на ущільнення чи інші зміни. Мамограма – рентгенівський знімок грудей.		
Чи проходили Ви коли-небудь скринінговий тест на рак молочних залоз?	Так 1 Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до V1</i> Не знаю 77 <i>Якщо Невідомо, перехід до V1</i> Відмова від відповіді 88 <i>Якщо Відмова, перехід до V1</i>	CA1
Який скринінговий тест на рак молочних залоз Ви проходили? (Можна обрати більше одного варіанту відповіді)	Клінічний огляд грудей 1 Мамографія 2 Відмова від відповіді 88	CA2
Коли Ви востаннє проходили клінічний огляд грудей?	В межах минулих 12 місяців 1 Більше 1 року, менше 2 років тому 2 Більше 2 років, менше 5 років тому 3 Більше 5 років тому 4 Ніколи 5 Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	CA3a
Коли Ви востаннє проходили мамографію?	В межах минулих 12 місяців 1 Більше 1 року, менше 2 років тому 2 Більше 2 років, менше 5 років тому 3 Більше 5 років тому 4 Ніколи 5 Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	CA3b

НАСИЛЬСТВО ТА ТРАВМАТИЗМ		
ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: ТРАВМАТИЗМ		
У наступних питаннях Вас запитують щодо різних видів досвіду та поведінки, пов'язаних із дорожньо-транспортним травматизмом		
Питання	Відповідь	Код
Як часто ви використовували ремені безпеки протягом останніх 30 днів, будучи водієм або пасажиром автомобіля?	Завжди 1 Іноді 2 Ніколи 3 Не їздив на автомобілі протягом останніх 30 днів 4 У машині, на якій я зазвичай їжджу, немає пасків безпеки 5 Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	V1
Як часто ви надягали шолом протягом останніх 30 днів під час керування мотоциклом або мотоскутером чи їзди на цих транспортних засобах у якості пасажира?	Завжди 1 Іноді 2 Ніколи 3 Не їздив на мотоциклі або мотоскутері протягом останніх 30 днів 4 У мене немає шолома 5 Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	V2
Протягом останніх 30 днів, як часто відбувалось перевищення швидкості, коли ви керували транспортом чи були пасажиром?	Завжди 1 Іноді 2 Ніколи 3 Не їздив на автотранспорті протягом останніх 30 днів 4 Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	VX1
Протягом останніх 30 днів, як часто Ви відволікались на користування гаджетами, коли ви керували транспортом?	Завжди 1 Іноді 2 Ніколи 3 Не їздив на автотранспорті протягом останніх 30 днів 4 Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	VX2
Чи потрапляли Ви в дорожньо-транспортну пригоду (ДТП) у якості водія, пасажира, пішохода або велосипедиста протягом останніх 12 місяців?	Так (як водій) 1	V3
	Так (як пасажир) 2	
	Так (як пішохід) 3	
	Так (як велосипедист) 4	
	Ні 5 <i>Якщо Ні, перехід до V5</i>	
	Не знаю 77 <i>Якщо Не знає, перехід до V5</i>	
Відмова 88 <i>Якщо Відмова, перехід до V5</i>		
Чи Ви отримали в цьому ДТП будь-які травми, котрі потребували звернення за медичною допомогою?	Так 1 Ні 2 Не знаю 77 Відмова 88	V4

ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: ТРАВМАТИЗМ – продовження		
У наступних питаннях вас запитують щодо найсерйознішої випадкової травми, яку ви отримали протягом останніх 12 місяців		
Чи Ви отримували протягом останніх 12 місяців травми в результаті нещасного випадку, не пов'язаного з ДТП, що потребували звернення по медичну допомогу?	Так 1 Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до V8</i> Не знаю 77 <i>Якщо Не знає, перехід до V8</i> Відмова 88 <i>Якщо Відмова, перехід до V8</i>	V5
Будь ласка, вкажіть, що з наступного послужило причиною цього нещасного випадку.	Падіння 1 Опік 2 Отруєння 3 Поріз 4 Майже утоплення 5 Укус тварини 6 Інша (уточнити) 7 <i>Якщо Інше, перехід до VX3other</i> Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	VX3
	Інше (будь ласка, уточніть) <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"/>	VX3other
Вкажіть, будь ласка, що з переліку передувало травмуванню.	Споживання алкоголю 1 Споживання наркотиків 2 Відволікання (гаджети, інші люди) 3 Неуважність 4 Раптове погіршення самопочуття 5 Інше (уточніть) 6 <i>Якщо Інше, перехід до V6other</i> Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	V6
	Інше (будь ласка, уточніть) <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"/>	V6other
Де Ви були, коли стався цей нещасний випадок?	Вдома 1 У школі або іншому навчальному закладі 2 На робочому місці 3 На дорозі/вулиці/магістралі 4 На фермі 5 У місці занять спортом/на спортивній арені 6 Інше (уточнити) 7 <i>Якщо Інше, перехід до V7other</i> Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	V7
	Інше (будь ласка, уточніть) <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"/>	V7other

РОЗШИРЕНИЙ МОДУЛЬ: НЕНАВМИСНИЙ ТРАВМАТИЗМ		
У наступних питаннях Вас запитують про поведінку, пов'язану з Вашою безпекою, та про те, чи Вживаєте Ви алкоголь під час керування транспортним засобом або будучи його пасажиром.		
Питання	Відповідь	Код
Як часто протягом останніх 30 днів Ви надягали шолом під час катання на велосипеді?	Завжди 1 Іноді 2 Ніколи 3 Не катався протягом останніх 30 днів 4 Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	V8
Скільки разів протягом останніх 30 днів Ви керували транспортним засобом після вживання 2 або більше порцій алкоголю? (ВИКОРИСТОВУЙТЕ ДЕМОНСТРАЦІЙНІ КАРТКИ)	Кількість разів <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	V9
Скільки разів протягом останніх 30 днів Ви їхали в транспортному засобі після вживання 2 або більше порцій алкоголю водієм ?	Кількість разів <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	V10

ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: НАСИЛЬСТВО		
Наступні питання стосуються різного досвіду та поведінки, пов'язаних із насильством.		
Питання	Відповідь	Код
Скільки разів протягом останніх 12 місяців Ви стикалися з насильством, в результаті якого Ви зазнали ушкоджень і були змушені звернутися за медичною допомогою?	Ніколи 1 <i>Якщо Ніколи, перехід до V14</i> Рідко (1-2 рази) 2 Іноді (3-5 разів) 3 Часто (6 або більше разів) 4 Не знаю 77 <i>Якщо Не знаю, перехід до V14</i> Відмова від відповіді 88 <i>Якщо Відмова, перехід до V14</i>	V11
Наступні питання стосуються найсерйознішого нещасного випадку, пов'язаного з насильством , що стався з Вами протягом останніх 12 місяців.		
Будь ласка, вкажіть, що з наступного послужило причиною Вашого найтяжчого тілесного ушкодження протягом останніх 12 місяців. (ВИКОРИСТОВУЙТЕ ДЕМОНСТРАЦІЙНІ КАРТКИ)	Постріл із вогнепальної зброї 1 Застосування зброї (невогнепальної) особою, яка мене поранила 2 Отримання травми без застосування зброї (удар, поштовх...) 3 Не знаю 77 Відмова від відповіді 88	V12
Будь ласка, опишіть відносини між Вами й особою(ами), що завдала(и) Вам тілесних ушкоджень.	Інтимний партнер 1 Один із батьків 2 Дитина, брат/сестра або інший родич 3 Друг або знайомий 4 Не родич, який надає догляд 5 Незнайомиць 6 Офіційні або юридичні владні структури 7 Інше (уточнити) 8 <i>Якщо Інше, перехід до V13other</i> Відмова від відповіді 88	V13
	Інше (будь ласка, уточніть) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	V13other

ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: НАСИЛЬСТВО – продовження

Згадуючи своє дитинство (до досягнення віку 18 років), чи можете ви стверджувати, що батьки чи доросла людина у Вашому домогосподарстві коли-небудь Вас штовхали, хапали, пхали, шльопали, били, обпалювали або кидали у Вас чим-небудь?	<table> <tr><td>Ніколи</td><td>1</td></tr> <tr><td>Дуже рідко</td><td>2</td></tr> <tr><td>Раз на місяць</td><td>3</td></tr> <tr><td>Раз на тиждень</td><td>4</td></tr> <tr><td>Майже щодня</td><td>5</td></tr> <tr><td>Не знаю</td><td>77</td></tr> <tr><td>Відмова від відповіді</td><td>88</td></tr> </table>	Ніколи	1	Дуже рідко	2	Раз на місяць	3	Раз на тиждень	4	Майже щодня	5	Не знаю	77	Відмова від відповіді	88	V14
Ніколи	1															
Дуже рідко	2															
Раз на місяць	3															
Раз на тиждень	4															
Майже щодня	5															
Не знаю	77															
Відмова від відповіді	88															
Згадуючи своє дитинство, чи можете ви стверджувати, що будь-яка доросла людина або людина, щонайменше, на 5 років старша за Вас, торкалася Ваших статевих органів або намагалася змусити Вас торкнутися його/її статевих органів або примушувала до занять сексом?	<table> <tr><td>Так</td><td>1</td></tr> <tr><td>Ні</td><td>2</td></tr> <tr><td>Відмова від відповіді</td><td>88</td></tr> </table>	Так	1	Ні	2	Відмова від відповіді	88	V15								
Так	1															
Ні	2															
Відмова від відповіді	88															
З часу вашого 18-річчя, чи доводилося вам проти своєї волі переживати статевий акт із вагінальною, оральною або анальною пенетрацією?	<table> <tr><td>Ніколи</td><td>1</td></tr> <tr><td>Один раз</td><td>2</td></tr> <tr><td>Декілька разів (2-3 рази)</td><td>3</td></tr> <tr><td>Багато разів (4 або більше разів)</td><td>4</td></tr> <tr><td>Не знаю</td><td>77</td></tr> <tr><td>Відмова від відповіді</td><td>88</td></tr> </table>	Ніколи	1	Один раз	2	Декілька разів (2-3 рази)	3	Багато разів (4 або більше разів)	4	Не знаю	77	Відмова від відповіді	88	V16		
Ніколи	1															
Один раз	2															
Декілька разів (2-3 рази)	3															
Багато разів (4 або більше разів)	4															
Не знаю	77															
Відмова від відповіді	88															

РОЗШИРЕНИЙ МОДУЛЬ: НАСИЛЬСТВО

У наступних питаннях Вас запитуватимуть про поведінку, пов'язану з Вашою безпекою.

Питання	Відповідь	Код																		
Чи побоювалися Ви протягом останніх 12 місяців щодо своєї безпеки або безпеки своєї сім'ї у зв'язку з гнівом або погрозами з боку іншої особи (осіб)?	<table> <tr><td>Так</td><td>1</td></tr> <tr><td>Ні</td><td>2</td></tr> <tr><td>Відмова</td><td>88</td></tr> </table> <p><i>Якщо Ні, перехід до V19</i> <i>Якщо Відмова, перехід до V19</i></p>	Так	1	Ні	2	Відмова	88	V17												
Так	1																			
Ні	2																			
Відмова	88																			
Будь ласка, уточніть, кого Ви боялися найчастіше.	<table> <tr><td>Інтимного партнера</td><td>1</td></tr> <tr><td>Одного з батьків</td><td>2</td></tr> <tr><td>Дитини, брата/сестри або іншого родича</td><td>3</td></tr> <tr><td>Друга або знайомого</td><td>4</td></tr> <tr><td>Не родича, який здійснює догляд</td><td>5</td></tr> <tr><td>Незнайомця</td><td>6</td></tr> <tr><td>Офіційних або юридичних владних структур</td><td>7</td></tr> <tr><td>Інше (уточнити)</td><td>8</td></tr> <tr><td>Відмова від відповіді</td><td>88</td></tr> </table> <p><i>Якщо Інше, перехід до V18other</i></p>	Інтимного партнера	1	Одного з батьків	2	Дитини, брата/сестри або іншого родича	3	Друга або знайомого	4	Не родича, який здійснює догляд	5	Незнайомця	6	Офіційних або юридичних владних структур	7	Інше (уточнити)	8	Відмова від відповіді	88	V18
	Інтимного партнера	1																		
Одного з батьків	2																			
Дитини, брата/сестри або іншого родича	3																			
Друга або знайомого	4																			
Не родича, який здійснює догляд	5																			
Незнайомця	6																			
Офіційних або юридичних владних структур	7																			
Інше (уточнити)	8																			
Відмова від відповіді	88																			
Інше (уточніть) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	V18other																			
Чи носили Ви при собі поза домом заряджену вогнепальну зброю протягом останніх 30 днів?	<table> <tr><td>Ні</td><td>1</td></tr> <tr><td>Так, для захисту</td><td>2</td></tr> <tr><td>Так, для роботи</td><td>3</td></tr> <tr><td>Так, для спорту (наприклад, практика стрільби по мішенях, на полюванні)</td><td>4</td></tr> <tr><td>Відмова від відповіді</td><td>88</td></tr> </table>	Ні	1	Так, для захисту	2	Так, для роботи	3	Так, для спорту (наприклад, практика стрільби по мішенях, на полюванні)	4	Відмова від відповіді	88	V19								
Ні	1																			
Так, для захисту	2																			
Так, для роботи	3																			
Так, для спорту (наприклад, практика стрільби по мішенях, на полюванні)	4																			
Відмова від відповіді	88																			

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я, ДЕПРЕСІЯ, СУЇЦИД		
ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: СИМПТОМИ ДЕПРЕСІЇ		
Наступні питання стосуються думок, настроїв, почуттів. Будь ласка, дайте відповідь на питання, навіть якщо Ви не говорите часто про ці речі.		
Питання	Відповідь	Код
Чи повідомляв Вам лікар чи спеціаліст медичної сфери, що у Вас депресія?	Так 1 Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до DA6</i> Відмова 88 <i>Якщо Відмова, перехід до DA6</i>	DA1
Коли було діагностовано депресію? <i>Не знаю 77</i> <i>Відмова від відповіді 88</i>	Рік <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>Якщо відомо, перехід до DA4</i>	DA2
Скільки часу пройшло з того часу, як Вас повідомили, що у Вас депресія? <i>Якщо менше року тому, то впишіть 0</i> <i>Відмова від відповіді 88</i>	Років <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DA3
Чи приймали Ви ліки чи таке лікування депресії, як консультації чи терапія, наодинці чи в групі впродовж минулих 2 тижнів?	Так 1 <i>Якщо Так, перехід до DA6</i> Ні 2 Відмова 88 <i>Якщо Відмова, перехід до DA6</i>	DA4
Чи приймали Ви ліки чи таке лікування депресії, як консультації чи терапія, наодинці чи в групі впродовж минулих 12 місяців?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	DA5
За останні 12 місяців, чи почувались Ви сумно, спустошено чи депресивно протягом декількох днів поспіль?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	DA6
За останні 12 місяців, чи був у Вас період протягом декількох днів, коли Ви втрачали цікавість до більшості речей, які приносили Вам задоволення (наприклад, стосунки, робота чи хоббі / відпочинок)?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	DA7
За останні 12 місяців, чи був у Вас період протягом декількох днів, коли Ви відчували спад енергії чи постійну втому?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	DA8
Питання DA9–DA23 ставляться лише тоді, якщо хоча б на одне з питань DA6, DA7 чи DA8 відповідь була «Так». Якщо на всі питання DA6, DA7 чи DA8 було дано відповідь «Ні» чи «Відмова», завершіть модуль про депресію та перейдіть до МН1		
Чи тривав період смутку, втрати інтересу чи постійної втоми більше 2 тижнів?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	DA9
Чи тривав цей період смутку, втрати інтересу чи постійної втоми впродовж усього дня, майже щодня?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	DA10

Протягом цього періоду, чи була у Вас втрата апетиту?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	DA11
Чи помітили Ви сповільнення мислення?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	DA12
Чи помітили Ви проблеми із засинанням?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	DA13
Чи помітили Ви проблеми із прокиданням зарано?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	DA14
Протягом цього періоду, чи було Вам важко зосередитись, наприклад, слухати інших, працювати, дивитись ТБ, слухати радіо?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	DA15
Чи помічали Ви сповільнення у Вашому пересуванні?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	DA16
Протягом цього періоду, чи відчували Ви тривожність та знервованість більшість часу?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	DA17
Протягом цього періоду, чи були Ви неспокійні та полохливі, не могли всидіти на місці?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	DA18
Протягом цього періоду, чи відчували Ви, що втратили впевненість?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	DA19
Чи часто Ви відчували безнадійність, безвихідність – що немає способу покращити поточний стан речей?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	DA20
Протягом цього періоду, чи був спад цікавості до сексу?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	DA21
Чи думали Ви про смерть, бажали померти?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	DA22
Протягом цього періоду, чи намагались Ви покінчити з життям самогубством?	Так 1 Ні 2 Відмова 88	DA23

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я, САМОГУБСТВО		
У наступних питаннях Вас запитують про думки, плани та спроби самогубства . Будь ласка, дайте відповідь на питання, навіть якщо зазвичай ніхто на такі теми не розмовляє.		
Питання	Відповідь	Код
Чи розглядали Ви серйозно протягом останніх 12 місяців спробу самогубства?	Так 1 Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до МН3</i> Відмова від відповіді 88	МН1
Чи зверталися Ви з приводу таких думок за професійною допомогою ?	Так 1 Ні 2 Відмова від відповіді 88	МН2
Чи складали Ви протягом останніх 12 місяців план здійснення можливої спроби самогубства?	Так 1 Ні 2 Відмова від відповіді 88	МН3
Чи здійснювали Ви коли-небудь спробу самогубства ?	Так 1 Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до МН9</i> Відмова від відповіді 88	МН4
Чи здійснювали Ви спробу самогубства протягом останніх 12 місяців ?	Так 1 Ні 2 Відмова від відповіді 88	МН5
Який був основний метод, яким Ви скористалися минулого разу, здійснюючи спробу самогубства? (ОБРАТИ ЛИШЕ ОДИН ВАРІАНТ)	Лезо, ніж чи інший гострий предмет 1 Передозування ліками (купленого за рецептом, безрецептурного відпуску) 2 Передозування іншими речовинами (наприклад, наркотики, алкоголь) 3 Отруєння (щуряча отрута, інсектициди, пестициди, побутова хімія) 4 Повішання, удушся 5 Стрибок з висоти 6 Вогнепальна зброя 7 8 <i>Якщо Інше, перехід до МН6other</i> Інше Відмова від відповіді 88	МН6
	Інше (уточнити)	МН6other
Чи зверталися Ви за медичною допомогою у зв'язку з цією спробою?	Так 1 Ні 2 <i>Якщо Ні, перехід до МН9</i> Відмова від відповіді 88	МН7
Чи Ви госпіталізувалися хоча б на ніч через цю спробу?	Так 1 Ні 2 Відмова від відповіді 88	МН8
Чи хто-небудь із Ваших близьких родичів (мати, батько, брат, сестра або діти) коли-небудь вчиняв спробу самогубства?	Так 1 Ні 2 Відмова від відповіді 88	МН9
Чи хто-небудь із Ваших близьких родичів (мати, батько, брат, сестра або діти) помер шляхом самогубства?	Так 1 Ні 2 Відмова від відповіді 88	МН10

ЕТАП 2 ДАНІ ФІЗИКАЛЬНОГО ОГЛЯДУ			
ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК ТА ЧАСТОТА СЕРЦЕБИТТЯ			
Питання	Відповідь		Код
Ідентифікатор особи, що вимірює артеріальний тиск	<input type="text"/>		M1
Ідентифікатор інструменту для вимірювання артеріального тиску	<input type="text"/>		M2
Показання 1	Артеріальний тиск	Систолічний (мм рт.ст.) <input type="text"/>	M4a
		Діастолічний (мм рт.ст.) <input type="text"/>	M4b
	Серцебиття	Ударів на хвилину <input type="text"/>	M16a
Показання 2	Артеріальний тиск	Систолічний (мм рт.ст.) <input type="text"/>	M5a
		Діастолічний (мм рт.ст.) <input type="text"/>	M5b
	Серцебиття	Ударів на хвилину <input type="text"/>	M16b
Показання 3	Артеріальний тиск	Систолічний (мм рт.ст.) <input type="text"/>	M6a
		Діастолічний (мм рт.ст.) <input type="text"/>	M6b
	Серцебиття	Ударів на хвилину <input type="text"/>	M16c
Чи протягом останніх двох тижнів Ви приймали (медичні препарати) для зниження високого артеріального тиску, призначені лікарем або іншим медичним працівником?	Так	1	M7
	Ні	2	
ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: ЗРІСТ І ВАГА			
<i>(Для жінок)</i> Ви вагітні?	Так	1	Якщо Так, перехід до B1
	Ні	2	
Ідентифікатор особи, що вимірює зріст і вагу	<input type="text"/>		M9
Ідентифікатор пристрою для ваги	Зріст	<input type="text"/>	M10a
	Вага	<input type="text"/>	M10b
Зріст	Сантиметри (см)	<input type="text"/>	M11
Вага <i>Якщо занадто велика для ваг 666.6</i>	Кілограми	<input type="text"/>	M12
ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: ТАЛІЯ			
Ідентифікатор пристрою для вимірювання обсягу талії	<input type="text"/>		M13
Обсяг (окружність) талії	Сантиметри (см)	<input type="text"/>	M14
РОЗШИРЕНИЙ МОДУЛЬ: ОКРУЖНІСТЬ СТЕГОН			
Окружність стегон	Сантиметри (см)	<input type="text"/>	M15

ЕТАП 3. БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ**ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: РІВЕНЬ ЦУКРУ В КРОВІ**

Питання	Відповідь	Код
Чи приймали Ви протягом останніх 12 годин будь-яку їжу або чи пили що-небудь крім води?	Так 1 Ні 2	B1
Ідентифікатор інтерв'юера	<input type="text"/>	B2
Ідентифікатор пристрою	<input type="text"/>	B3
О котрій годині було взято аналіз (за 24-годинною шкалою)	Годин : хвилин <input type="text"/> : <input type="text"/> годин хвилин	B4
Рівень глюкози в крові натщесерце <i>[ЗАЗНАЧТЕ ВІДПОВІДНО: ММОЛЬ/Л АБО МГ/ДЛ]</i>	ммоль/л <input type="text"/> . <input type="text"/>	B5
	мг/дл <input type="text"/> . <input type="text"/>	
Чи Ви сьогодні приймали інсулін або будь-які інші лікарські засоби від підвищеного цукру в крові, призначені лікарем або іншим медичним працівником?	Так 1 Ні 2	B6
ОСНОВНИЙ МОДУЛЬ: ЛІПІДИ В КРОВІ		
Ідентифікатор пристрою	<input type="text"/>	B7
Загальний холестерин <i>[ЗАЗНАЧТЕ ВІДПОВІДНО: ММОЛЬ/Л АБО МГ/ДЛ]</i>	ммоль/л <input type="text"/> . <input type="text"/>	B8
	мг/дл <input type="text"/> . <input type="text"/>	
Чи Ви приймали ліки (медичні препарати) для зниження рівня холестерину в крові, призначені лікарем або іншим медичним працівником, протягом останніх двох тижнів?	Так 1 Ні 2	B9

EXPANDED: ЛПВЩ (ЛІПОПРОТЕЇДИ ВИСОКОЇ ЩІЛЬНОСТІ)

ЛПВЩ	ммоль/л <input type="text"/> . <input type="text"/>	B17
------	---	-----