

**COE-CARRS: SURVEILLANCE STUDY: COHORT-2**

**FORM-6**

**BLOOD PRESSURE AND ANTHROPOMETRY**

Participant ID: -       pid

Interviewer ID:-     bp\_iid

bp\_idate

Date Completed: -        
DD/MM/YY

I. BLOOD PRESSURE AND PULSE RATE				Instrument ID :- <input type="text"/> <input type="text"/>	
Type of Measurement	1 <sup>st</sup> Reading	2 <sup>nd</sup> Reading	Difference between 1 <sup>st</sup> and 2 <sup>nd</sup>	Tolerance	3 <sup>rd</sup> Reading (if necessary)
Systolic BP	bp_s1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	bp_s2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	10 mm Hg	bp_s3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Diastolic BP	bp_d1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	bp_d2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6 mm Hg	bp_d3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Pulse rate	bp_p1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	bp_p1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

II. ANTHROPOMETRIC MEASUREMENTS			
1. Height (cm)	Instrument ID <input type="text"/> <input type="text"/>	2. Weight (Kg)	Instrument ID <input type="text"/> <input type="text"/>
Standing Height (cm)	bp_ht <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	Weight (Kg)	bp_wt <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

III. BODY CIRCUMFERENCE (cm)		Tape ID :- <input type="text"/> <input type="text"/>	
1. Waist	Clothing (✓)	2. Hip	Clothing (✓)
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> bp_waist	None <input type="checkbox"/> bp_waist_c1 Light <input type="checkbox"/> bp_waist_c2 Heavy <input type="checkbox"/> bp_waist_c3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> bp_hip	None <input type="checkbox"/> bp_hip_c1 Light <input type="checkbox"/> bp_hip_c2 Heavy <input type="checkbox"/> bp_hip_c3

**Note:-If any specific comments, write down on the back of this form:-**

[illegible]