

Поштовани/а _____

Желимо да Вам се захвалимо што сте узели учешће у нашем Истраживању.

Ваше учешће нам је помогло да прикупимо драгоцене податке о здрављу становника Србије. Добијене информације ће допринети бољој здравственој заштити и промотивним здравственим активностима.

У току мерења, добијене су следеће вредности Вашег артеријског крвног притиска: систолни (горњи) крвни притисак _____ mmHg, дијастолни (доњи) крвни притисак _____ mmHg.

Систолни крвни притисак мора бити испод 130 mmHg, а дијастолни крвни притисак испод 85 mmHg.

Ако је **систолни крвни притисак 130–139 mmHg и/или дијастолни крвни притисак 85–89 mmHg**, Ваш крвни притисак је незнатно повишен. У том случају, морате да обратите пажњу на факторе који доводе до повећања крвног притиска – унос соли, употреба алкохола, прекомерна тежина, седентарни/физички неактиван начин живота итд.

Ако је **систолни крвни притисак 140–159 mmHg и/или дијастолни крвни притисак 90–99 mmHg**, Ваш крвни притисак је повишен. У том случају, морате да посетите лекара ради контроле/праћења Вашег крвног притиска. Поред тога, морате да обратите пажњу на факторе који се односе на стилове живота који утичу на крвни притисак.

У случају када је **систолни крвни притисак преко 160 mmHg и/или дијастолни крвни притисак преко 100 mmHg**, морате да посетите лекара ради контроле/праћења и лечења Вашег крвног притиска.

Датум: _____ 2019. године

Потпис здравственог радника који је обавио мерење

(име и презиме)