



## INTRODUCTION

您好，我叫「**採訪者姓名**」，我想與「**參加者姓名**」交談。請問(**參加者姓名**)方便講話嗎?

**If No:**  甚麼時候打電話回來較方便?  多謝，我會再打電話。

**If Yes:**  您好，(**參加者姓名**)，我是**MESA**研究項目的(**採訪者姓名**)。我打電話是想知道自從上次我們與您電話交談後，您怎麼樣了，我們還要更新**MESA**的資料。您有沒有幾分鐘時間電話裏談談?

**If No:**  甚麼時候打電話回來對您較方便?  多謝，我會再打電話

**If Yes:**  我們想向您詢問一些關於您整體健康狀況的問題，以及自我們上次於  進行電話隨訪以來您是否出現過任何健康問題。我知道其中一些問題您可能已經很熟悉了，但追蹤您健康狀況隨時間的變化非常重要，有助於我們進一步了解導致心臟病和中風的原因，以及這些疾病與您生活其他方面的關聯。

此外，我們還有一個選擇允許您通過網絡問卷來回答這些問題，請問您是願意現在就在電話裡回答這些問題，還是希望我通過電子郵件發送問卷，由您自己填寫?

我還有幾個關於這項研究的最新消息要告訴您，為了支持我們繼續工作，我們將把聯繫您及其他參加者的時間從每年一次改為每年兩次。這些增加的聯繫將幫助我們及時了解您生活中發生的重大健康事件，我們非常感謝您對 **MESA** 研究持續的支持。另外，您可能已經聽說下一個 **MESA MIND** 研究正在進行中，這是 **MESA** 研究中第四次著重於腦部健康的檢查。如果您符合參加的條件，而我們還沒有與您聯繫，我們將聯繫您。

接下來，我想核實一下我們的記錄是否更新，請您告訴我以下我們的信息是否仍然準確?

**(Go to “Participant Tracking” form and verify the tracking information)**

1. 您能否說，總的來講，您的健康是 (**read all response categories except 不確定**)

- ☐ 極好      ☐ 好      ☐ 不好  
☐ 很好      ☐ 一般      ☐ 不確定

2. 自從我們上次與您電話交談後，您有沒有在任何時候看過醫生或其他醫療專業人士? **Optional:** 一名“醫療專業人士”是指一名醫生，護士，護理人員，或其他在診所，醫院，或救護車上工作的有資格證書的特殊技術人員。這個人也可以是不屬於西醫的醫務人員（例如，一名針灸師或亞洲藥師）但是不應該包括按摩師，健身教練，或營養指導。

- ☐ 有      ☐ 沒有

自從我們上次與您電話交談後，您有沒有曾經在醫院或護理中心住了至少一晚?

- ☐ 有      ☐ 沒有

**Did the participant answer “Yes” to either part of Q2 (seen a health professional or overnight stay)?**

- ☐ Yes      ☐ No  
☐ Unsure

Go to Q3a

Skip to Q7



3a. 您的醫生或醫療專業人士是否曾告訴過您，您有糖尿病？

- ☐ 有 →
- ☐ 沒有 (go to Q3b)
- ☐ 不確定 (go to Q3b)

**If Yes to diabetes:**

這是否是自從上次我們電話交談后新的診斷？

- ☐ 有
- ☐ 沒有
- ☐ 不確定

3b. 自從我們上次與您電話交談後，您的醫生或醫療專業人士是否曾告訴過您，您有以下的一種病？(Read each diagnosis)

|                                    | 有                     | 沒有                    | 不確定                   |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 高血壓                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>If Yes:</b> 這是否我們上次與您聯係後新的診斷結果？ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 高膽固醇                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>If Yes:</b> 這是否我們上次與您聯係後新的診斷結果？ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4. 自從我們上次與您電話交談後，您的醫生或醫療專業人士有沒有告訴您，您有以下其中一種病？(Read each diagnosis)

|                           | 有                     | 沒有                    | 不確定                   |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 心肌梗塞或心臟病發作                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 由於心臟病而造成的心絞痛或胸口痛          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 心力衰竭或充血性心力衰竭              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 周邊動脈疾病，由於動脈堵塞引起腿部疼痛或間歇性跛行 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 心房纖顫                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 深靜脈血栓或腿部血管栓塞              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 短暫腦血管缺血(TIA)或輕微中風         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 中風                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 頸動脈栓塞                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 癌症                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| COVID-19 新冠肺炎感染           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Complete  
“Specific Medical  
Conditions” form  
for each item  
with a Yes  
response**



5. 自從我們上次與您電話交談後，您有沒有由於任何其他健康問題而在以下地方：

|             | 有                     | 沒有                    | 不確定                   |
|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 醫院過夜        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 護理中心或康復中心過夜 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



**Complete “Other Admissions” form  
for each item with a Yes response.**

6. 自從我們上次與您電話交談後，您有沒有在醫院裏或醫院外進行過以下任何一項檢查或治療？(Read each procedure)

|                                     | 有                     | 沒有                    | 不確定                   |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 心血管擴張成形術以打开通向您心臟的動脈                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 心臟冠狀動脈搭橋手術                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 血管擴張成形術以打開您其中一條腿的動脈                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 心臟復律是用電流通過您的胸部將您的心律從房顫或房撲狀態轉換成正常的心律 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 射頻消融術是將一根長的細管或導管插入心臟，並提供            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



**Complete “Specific Medical Procedures”  
form for each item with a Yes response  
from Q6.**



有      沒有      不確定

7. 您是否有規律地服用阿斯匹林？      ☐      ☐      ☐

If Yes: 個星期多少次？

**8. For participants with history of pacemaker or implanted cardioverter defibrillator based on prior event investigation:**

a. 根據您以前的檢查記錄，我看到您曾有過一個[*pacemaker or other device type from investigation*] 於 月／天／年 植入體內  
[*CC inserts date of insertion based on event investigation*]. 對嗎？您是否仍然戴有這個裝置？

☐ 有      ☐ 沒有      ☐ 不確定

**For participants without history of device:**

b. 您是否有一個植入式心臟起搏器或一個心臟復律除顫器 (ICD)？

☐ 有      ☐ 沒有      ☐ 不確定

**If Yes to a or b:**

c. 是心臟起搏器還是心臟復律除顫器？

☐ 心臟起搏器      ☐ 心臟復律除顫器

**END:** 非常感謝您今天與我交談。我們很感謝您參加[MESA] 的研究。如果您有任何疑問，請隨時撥打診所的電話 [號碼]  
與我們聯繫。