

**MULTIDIMENSIONAL HEALTH STATUS ASSESSMENT**

NIAID AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

Patient Number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Date of Patient Visit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					mmm	dd	yyyy		
Protocol Number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Institution Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Form Week	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Seq No.	<input type="text"/>	Step No.	<input type="text"/>	Key Operator Code	<input type="text"/>

**FOR OFFICE USE ONLY - TEAR OFF SHEET  
MODULE B**

**INSTRUCTIONS TO THE STUDY NURSE:**

The following should always be used in conjunction with MODULE A, OVERALL HEALTH STATUS ASSESSMENT. MODULE B asks the patient about many aspects of his/her health and health care. It should be given to the patient prior to the clinical exam and preferably in a quiet secluded area (e.g., exam room or other office). The patient must be able to read at the sixth-grade level at a minimum to complete the questionnaire without additional assistance.

It is important to be familiar with the content and format of the questionnaire before giving it to study participants. At the first visit, please begin by telling the participant:

“We would like you to answer some questions about how you are feeling and the kinds of things you are able to do. Your answers will help us understand the effects of the medication you are taking. We appreciate your filling out this questionnaire.”

You should then briefly go over the format of the questions and how to complete them. Have the participant complete the questionnaire before vital signs, history, and physical are completed.

The questionnaire is very brief and should take no more than 10 minutes to complete. Before giving the patient the questionnaire, please fill out the header(s) and DETACH THIS PAGE.

Each question is in the same general format and contains several items. Note that the patient is always asked to make a “✓” next to the appropriate category. All questions refer to the PAST 4 WEEKS.

Collect the completed questionnaire before the clinical exam. Before going on, review the questionnaire for omissions. If the participant missed any of the questions, point this out and have him/her complete the omissions.

**PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING ITEMS AFTER PATIENT COMPLETES THE QUESTIONNAIRE OR AFTER YOU ASCERTAIN THAT THIS IS NOT POSSIBLE:**

1. How was the questionnaire completed? .....  
 1-Self administered by the study participant   
 2-Face-to-face interview that you conducted  
 3-Phone interview  
 4-Not completed  
 9-Other, specify

**If Other, specify [30]:** \_\_\_\_\_

- a. If you answered “4-Not completed,” please indicate the reason why :   
 1-Patient refused initially  
 2-Patient missed clinic visit  
 3-There was not enough time  
 9-Other reason, specify

**If Other, specify [30]:** \_\_\_\_\_



**MULTIDIMENSIONAL HEALTH STATUS ASSESSMENT**

NIAID AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

Page 2 of 4

Patient Number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Date of Patient Visit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
							mmm	dd	yy		
Protocol Number	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Institution Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Form Week	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			Key Operator Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**INSTRUCCIONES:** Por favor, conteste las siguientes preguntas marcando un "✓" en la celda respectiva.

*(Marque una Opción)*

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿ su salud no le ha permitido ir a su puesto de trabajo, trabajar en la casa o ir a la escuela?
- Sí, durante todo el tiempo..... 1
- Sí, durante parte del tiempo..... 2
- No ..... 3

*(Marque una Opción)*

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿ qué tanto dolor del cuerpo ha tenido?
- Ninguno..... 1
- Muy leve..... 2
- Leve ..... 3
- Moderado ..... 4
- Fuerte ..... 5
- Muy fuerte ..... 6

*(Marque una Opción)*

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿ qué tanto han interferido su salud física o problemas emocionales en sus actividades sociales normales?
- Nada ..... 1
- Un poquito ..... 2
- Moderadamente ..... 3
- Bastante ..... 4
- Muchísimo ..... 5





**MULTIDIMENSIONAL HEALTH STATUS ASSESSMENT**

Patient Number

Seq. #

Step #

Date

mmm

dd

yyyy

7. En cada una de las siguientes preguntas, por favor marque la celda de la respuesta que se asemeja más a la forma como usted se ha sentido durante las últimas 4 semanas.

*Por favor, marque una celda en cada pregunta.*

	Todo el Tiempo	La Mayor Parte del Tiempo	A Buena Parte del Tiempo	Algunas Veces	A Pocas Veces	Nunca	
a. ¿Ha limitado su salud sus actividades sociales, tales como visitar a familiares y amigos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
b. ¿Tuvo usted problema para mantener su atención en una actividad por largo tiempo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
c. ¿Tuvo usted dificultad para razonar y solucionar problemas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
d. ¿Se ha sentido usted calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
e. ¿Se ha sentido usted descorazonado y triste?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
f. ¿Se sintió usted cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
g. ¿Tuvo usted suficiente energía para hacer las cosas que quería hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
h. ¿Ha sido usted una persona feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
i. ¿Tiene usted problema para acordarse de cosas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>

8. Por favor, marque la celda que mejor describe si cada una de las siguientes declaraciones es verdadera o falsa, según usted.

*Por favor, marque una celda en cada pregunta.*

	Definidamente Cierto	En su Mayor Parte Cierto	No sé	En su Mayor Parte Falso	Definidamente Falso	
a. Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
b. Me he sentido mal últimamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

Idioma:

Español

