

ACTG BASELINE ADHERENCE QUESTIONNAIRE II

NIAID ADULT AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

Page 1 of 6

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"/>
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"/>
Form Week	<input type="text"/>	* Seq No.	<input type="text"/>	** Step No.	<input type="text"/>	Key Operator Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Enter a "1" if this is the first of this form for this date. Designate subsequent forms on the same date with a 2, 3, etc.

**Enter the subject's current study step number. Enter '1' if the study does not have multiple steps.

FOR OFFICE USE ONLY - TEAR OFF SHEET

INSTRUCTIONS TO THE STUDY NURSE:

The BASELINE ADHERENCE QUESTIONNAIRE II SHOULD BE GIVEN TO THE SUBJECT PRIOR TO THE CLINICAL EXAM. The subject 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:

- The purpose of this form is to learn about potential influences of treatment adherence.
- Please answer all questions honestly; you will not be "judged" based on your responses.
- If you do not wish to answer a question, please draw a line through it.
- When completed, the form will be quickly reviewed to make sure you didn't mistakenly skip questions (without crossing them out); your specific responses to questions will not be reviewed.
- Please feel free to ask if you need any of the questions explained to you.

You should then briefly go over the format of the questions and how to complete them.

The questionnaire is very brief and should take no more than 10 minutes to complete. Before giving the subject 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 subject is always asked to make a "✓" next to the appropriate category.

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 encourage him/her to complete the omissions.

For data keying, if the subject did not answer a question, enter "-1." Do not leave any fields blank.

PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING ITEMS AFTER SUBJECT 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-Both self-administered and interview
 - 4-Not completed
 - 9-Other, specify

If Other, specify [30]: _____

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

If Other, specify [30]: _____



ACTG BASELINE ADHERENCE QUESTIONNAIRE II

NIAID ADULT AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

Patient Number Date of Patient Visit
mmm dd yyyy

Protocol Number **A** Institution Code

Form Week * Seq. No. ** Step No. Key Operator Code

Las respuestas que usted de en este formulario serán utilizadas para planear formas de ayudar a otras personas que tengan que tomar píldoras siguiendo un horario difícil. Por favor haga el esfuerzo de contestar todas las preguntas. Si usted no desea contestar una pregunta, por favor haga una línea por encima de ésta. Si usted no sabe cómo contestar una pregunta, pídale a la enfermera del estudio que le ayude. Muchas gracias por su ayuda en este estudio importante.

INSTRUCCIONES: Por favor conteste las siguientes preguntas colocando un "✓" en la casilla respectiva.

A. ¿Qué tan seguro está usted de que:

Por favor marque una casilla en cada pregunta.

	<i>(Marque una)</i>				
	No Estoy Seguro	Estoy Un Poco Seguro	Estoy Muy Seguro	Estoy Extremadamente Seguro	
1. Será capaz de tomarse todo o la mayor parte del medicamento del estudio como se le indique?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
2. El medicamento tendrá un efecto positivo en su salud?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
3. Si usted no se toma el medicamento de este estudio exactamente como se le indique, el HIV en su cuerpo se volverá resistente a los medicamentos contra el HIV?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>

B. Las preguntas que siguen son acerca del apoyo social de que usted dispone.

Por favor marque una casilla en cada pregunta.

	<i>(Marque una)</i>					
	Muy Insatisfecho	Un Poco Insatisfecho	Un Poco Satisfecho	Muy Satisfecho		
1. En general, ¿qué tan satisfecho está usted con el apoyo total que obtiene de sus amigos y miembros de su familia?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	
	Nada	Un Poquito	Un Poco	Mucho	No Aplicable	
2. ¿Qué tanto le ayudan sus amigos o los miembros de su familia a recordar que tiene que tomar su medicamento?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>



ACTG BASELINE ADHERENCE QUESTIONNAIRE II

Pt. No. * Seq. No. ** Step No. Date
mmm dd yyyy

C. Las personas pueden dejar de tomar sus medicamentos por varias razones. Esta es una lista de posibles razones por las cuales usted pudo haber dejado de tomar cualquier medicamento durante el **pasado mes**.

Si usted **NO** ha tomado **ningún** medicamento durante el **pasado mes**, por favor marque esta casilla y pase a la **Sección D**:
1

Durante el **pasado mes**, ¿con qué frecuencia dejó usted de tomar sus medicamentos porque:
(Marque una)

Por favor marque una casilla en cada pregunta.

	Nunca	Raramente	Algunas Veces	Con Frecuencia	
1. Estaba lejos de la casa?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
2. Estaba ocupado con otras cosas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
3. Simplemente se le olvidó?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
4. Tenía que tomar muchas píldoras?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
5. Quería evitar los efectos secundarios?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
6. No quería que otros lo vieran tomando medicamentos?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
7. Tuvo un cambio en su rutina diaria?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
8. Creyó que el medicamento era tóxico/nocivo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
9. Se durmió/estaba dormido a la hora de tomar el medicamento?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
10. Se sintió enfermo o indispuesto?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
11. Se sintió deprimido/agobiado?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
12. Tuvo problemas para tomar píldoras a determinadas horas (con las comidas, con el estómago vacío, etc.)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
13. Se le acabaron las píldoras?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
14. Se sintió bien?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>

D. ¿Cuándo fue la última vez que usted dejó de tomar alguno de sus medicamentos?
(Marque una casilla)

Durante la última semana	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace de 1 a 2 semanas	4 <input type="checkbox"/>	
Hace de 2 a 4 semanas	3 <input type="checkbox"/>	
Hace de 1 a 3 meses	2 <input type="checkbox"/>	
Hace más de tres meses	1 <input type="checkbox"/>	
Nunca dejó de tomar mis medicamentos o no aplica	0 <input type="checkbox"/>	



ACTG BASELINE ADHERENCE QUESTIONNAIRE II

Pt. No. * Seq. No. ** Step No. Date
mmm dd yyyy

E. Durante la **última semana**, ¿con qué frecuencia usted: *(Marque una)*
Por favor marque una casilla en cada pregunta.

	Nunca/ Raramente	Algunas Veces	Con Frecuencia	Casi Siempre o Siempre	
1. Se sintió como si no pudiera librarse de la melancolía, inclusive con la ayuda de su familia o amigos?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
2. Tuvo problema para mantener su atención en lo que estaba haciendo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
3. Creyó que todo lo que hacía requería esfuerzo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
4. Tuvo problema para dormir?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
5. Se sintió solitario?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
6. Se sintió triste?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
7. Se sintió como si no pudiera "ponerse en acción"?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>

F. Durante el **último mes**, ¿con qué frecuencia usted: *(Marque una)*
Por favor marque una casilla en cada pregunta.

	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Con Alguna Frecuencia	Con Bastante Frecuencia	
1. Ha estado disgustado debido a algo que sucedió inesperadamente?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
2. Se sintió incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
3. Se sintió nervioso y "tensión"?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
4. Se sintió seguro de su habilidad para manejar sus problemas personales?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
5. Tuvo la impresión de que las cosas le resultaron como esperaba?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
6. Encontró que usted no pudo salir adelante con todas las cosas que tuvo que hacer?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
7. Ha sido capaz de controlar molestias en su vida?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
8. Tuvo la impresión de que tenía todo bajo control?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
9. Se ha sentido enojado por cosas que sucedieron que no estaban bajo su control?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
10. Tuvo la impresión de que los problemas se le estaban acumulando tanto que usted no podía solucionarlos?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>

01-19-98/01-19-01/10-05-01



ACTG BASELINE ADHERENCE QUESTIONNAIRE II

Pt. No. * Seq. No. ** Step No. Date
mmm dd yyyy

G. Las personas tienen distintos hábitos en cuanto a su salud. Las preguntas que siguen se refieren a su uso de alcohol y drogas, en el pasado y en el presente.

1. ¿Con qué frecuencia ha tenido usted una bebida con contenido alcohólico (un vaso de cerveza, una copa de vino, una bebida mezclada o cualquier clase de bebida alcohólica) durante los últimos 30 días? *(Marque una)*

Diariamente	Casi Cada Día	3 ó 4 Veces Por Semana	1 ó 2 Veces Por Semana	2 ó 3 Veces Por Mes	1 Vez Por Mes	Nunca	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	5	4	3	2	1	0	

Si Nunca, pase a la pregunta 4.

2. En los días en que usted tomó cualquier bebida alcohólica, durante los últimos 30 días, ¿cuántas bebidas se tomó normalmente en total? Por una bebida entendemos una lata o vaso de cerveza, una copa de vino de 4 onzas, un trago de licor de 1½ onzas, o una bebida mezclada con 1½ onzas de licor. *(Marque una)*

1 ó 2 Bebidas Por Día	3 ó 4 Bebidas Por Día	5 ó 6 Bebidas Por Día	7 u 8 Bebidas Por Día	De 9 a 11 Bebidas Por Día	12 ó Más Bebidas Por Día	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	5	

3. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tomado usted 5 ó más bebidas alcohólicas en forma seguida, esto es, en el transcurso de un par de horas (por ejemplo, 2-4 horas)? *(Marque una)*

Diariamente	Casi Cada Día	3 ó 4 Veces Por Semana	1 ó 2 Veces Por Semana	2 ó 3 Vese Por Mes	1 Vez Por Mes	Nunca	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	5	4	3	2	1	0	

4. Por favor marque "Sí" o "No" en cada pregunta:

a. Sí No ¿Ha usado usted marihuana alguna vez?
1 2
 Si usted ha usado esta droga, ¿la ha usado durante los últimos 6 meses?
 Sí No
1 2

b. Sí No ¿Ha usado usted cocaína (talco, crack o base) alguna vez?
1 2
 Si usted ha usado esta droga, ¿la ha usado durante los últimos 6 meses?
 Sí No
1 2

c. Sí No ¿Ha usado usted heroína alguna vez?
1 2
 Si usted ha usado esta droga, ¿la ha usado durante los últimos 6 meses?
 Sí No
1 2

d. Sí No ¿Ha usado usted anfetaminas (aceleradores)?
1 2
 Si usted ha usado esta droga, ¿la ha usado durante los últimos 6 meses?
 Sí No
1 2



ACTG BASELINE ADHERENCE QUESTIONNAIRE II

Pt. No. * Seq. No. ** Step No. Date
mmm dd yyyy

5. ¿Está usted **actualmente** en tratamiento con metadona? Sí No
Si la respuesta es Sí, pase a la Pregunta H.
Si la respuesta es No, ¿ha estado usted en tratamiento con metadona alguna vez? Sí No
1 2 1 2

H. Estas últimas preguntas piden información acerca de sus antecedentes.

1. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que usted ha completado? **(Marque una casilla)**
 Grado 11 o menos 0
 Graduado de escuela secundaria o GED 1
 2 años de college/grado de AA/entrenamiento en escuela técnica 2
 Graduado de college (BA o BS) 3
 Grado de Máster 4
 Doctorado/grado de médico/grado de abogado 5

2. ¿Cuál(es) fue(fueron) la(s) forma(s) más probable(s) por la(s) cual(es) usted se infectó con HIV?
(Marque "Sí" o "No" en cada pregunta.)
- | | Sí | No | |
|------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| a. Sexo con un hombre que era HIV+ | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sexo con una mujer que era HIV+ | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Compartí agujas con una persona que era HIV+ | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Transfusión de sangre u otro procedimiento médico | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. No sé | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Otra (Pinchazo de aguja en el trabajo, etc.) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Especifique, por favor: _____

3. ¿Usted trabaja fuera de la casa para recibir un pago? Sí No
1 2
4. ¿Usted tiene hijos? Sí No
1 2
- Si la respuesta es Sí, ¿cuántos de ellos viven con usted?**

Muchas gracias por contestar este preguntas.
La información que usted nos ha dado nos ayudará a desarrollar mejores medicamentos para todos los pacientes con HIV.

Language: Spanish

