

**ACTG SELF REPORT**  
NIAID ADULT 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"/>
Protocol Number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		mmm	dd	yyyy		
Form Week	<input type="text"/>	* Seq No.	<input type="text"/>	** Step No.	<input type="text"/>	Key Operator Code	<input type="text"/>	<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 ACTG SELF REPORT should be given to the subject prior to the clinical exam and preferably in a quiet secluded area (e.g., exam room or other office). 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 subject:

"Quisiéramos que usted contestara algunas preguntas sobre su cuidado médico, su salud y sus medicamentos. Sus respuestas nos servirán para poder entender los efectos de los medicamentos que usted toma. Le expresamos de antemano nuestro agradecimiento por contestar este cuestionario."

You should then briefly go over the format of the questions and how to complete them. Have the subject 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 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 an "X" or a "✓" in the box that comes closest to how he/she has been feeling. Drug names and abbreviations of the most common anti-HIV drugs have been included on the worksheet for reference and use.

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 subject
  - 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 SELF REPORT

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

D. 1. ¿Usted está tomando ahora algún medicamento contra el HIV?  Sí  No   
1 2

**Si la respuesta es No, PARE.**  
**Si la respuesta es Sí, continúe.**

2. En la sección que sigue del cuestionario se le pregunta acerca de los medicamentos que usted tomó en los últimos cuatro días. Por favor complete la tabla que sigue marcando las casillas correspondientes. Se incluyen, en la parte baja de la página, para su referencia y uso, los códigos y abreviaciones de los medicamentos más comunes contra el HIV.

La mayoría de la gente con HIV tiene muchas pastillas para tomar a distintas horas del día. Muchas personas encuentran que es difícil recordar siempre sus pastillas:

- Algunas personas están ocupadas y olvidan llevar sus píldoras.
- Algunas personas encuentran que es difícil tomar sus pastillas de acuerdo con todas las instrucciones, tales como “con los alimentos”, “con el estómago vacío”, cada 8 horas”, o “con muchos líquidos.”
- Algunas personas deciden dejar de tomar las pastillas para evitar efectos secundarios o simplemente para no estar tomando pastillas ese día.

Nosotros tenemos que entender lo que las personas con HIV están haciendo con sus pastillas. Por favor díganos lo que está haciendo con ellas **en la realidad**. No se preocupe si tiene que decirnos que usted no se está tomando todas las pastillas. Necesitamos saber lo que está sucediendo realmente, no lo que usted cree que nosotros “queremos saber.”

En la sección que sigue del cuestionario se le pregunta acerca de los medicamentos que usted pudo haber **dejado de tomar** en los últimos cuatro días. Por favor complete la tabla que sigue. Use un renglón para cada medicamento del estudio que usted está tomando. Use las abreviaciones que se dan. **Si usted no dejó de tomar ninguna dosis, escriba cero (0) en la casilla. Tenga en cuenta que la tabla pregunta de las DOSIS, no de las PASTILLAS.**

**SI USTED SE TOMÓ SOLAMENTE UNA PORCIÓN DE UNA DOSIS EN UNO O MÁS DE ESTOS DÍAS, POR FAVOR REFIERASE A ESA(S) DOSIS COMO DEJADA(S) DE TOMAR.**

Paso 1 Abreviación/ Nombre de sus medicamentos	¿CUÁNTAS DOSIS USTED DEJÓ DE TOMAR...				
	Número de dosis recetadas por día	Paso 2 Ayer	Paso 3 Anteayer (Hace 2 días)	Paso 4 Hace 3 días	Paso 5 Hace 4 días
_____	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis
_____	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis
_____	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis
_____	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis
_____	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis
_____	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis
_____	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis

Anti-HIV Drugs	
Abacavir/ABC/Ziagen/1592U89	FTC/coviracil/emtricitabine
Alovidine/CL-184824	GW433908
Amprenavir/APV/Agenerase/141W94/VX-479	Indinavir/IDV/Crixivan
Atazanavir/ATV/BMS-232632	Interleukin-2/IL-2
Ateviridine mesylate U-87201E	Lamivudine/3TC/Epivir
Azidouridine/Azdu/azido-2',3'-dideoxyuridine	Lopinavir/Ritonavir (LPV/RTV)/Kaletra ABT-378/r
AZT/ZDV/Zidovudine/Retrovir	Loviride/Lotrene
CD4/RST4	Nelfinavir/NFV/Viracept
Combivir (3TC/ZDV)	Nevirapine/NVP/Viramune
d4T/Stavudine/Zerit	Ritonavir/RTV/Norvir
ddC/Zalcitabine/HIVID	Saquinavir soft gel/FTV/Fortovase
ddI/Didanosine/Videx	Saquinavir (HGC)/SQV/Invirase/R031-8959
DLV/delavirdine mesylate/Rescriptor	T-20/pentafuside
Efavirenz/EFV/Sustiva/DMP266	TDF/Tenofovir/Tenofovir disoproxil fumarate/Viread
Fluorouridine/935U83	Trizivir (3TC/ABC/ZDV)



ACTG SELF REPORT

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

**INSTRUCCIONES:** Marque un "✓" en la casilla apropiada. Por favor marque una casilla en cada pregunta.

E. La mayoría de los medicamentos deben tomarse según un horario, como "2 veces al día", "3 veces al día", o "cada 8 horas". ¿Qué tan de cerca siguió usted su horario específico durante los últimos cuatro días?

Nunca	Algunas veces	Acercade la mitad de las veces	La mayoría de las veces	Todo el tiempo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	

F. ¿Alguno de sus medicamentos tiene instrucciones especiales, como "tómese con comida", "tómese con el estómago vacío" o "tómese con suficiente líquido"?

1 Sí       2 No     

Si la respuesta es No, continúe en G.  
 Si la respuesta es Sí, ¿Con qué frecuencia siguió usted esas instrucciones especiales durante los últimos cuatro días?

Nunca	Algunas veces	Acercade la mitad de las veces	La mayoría de las veces	Todo el tiempo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	

G. Algunas personas encuentran que olvidan tomarse sus pastillas los días del fin de semana. ¿Usted dejó de tomar alguno de sus medicamentos el último fin de semana, es decir, el sábado o el domingo pasado?

1 Sí       2 No     

H. ¿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 3 meses	1	<input type="checkbox"/>	
Nunca dejo de tomar mis medicamentos	0	<input type="checkbox"/>	

Language:   
 Spanish

