

### SUBJECT BODY IMAGE QUESTIONNAIRE

NIAID PEDIATRIC AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

Patient Number        Date of Patient Visit        
mmm dd yyyy

Protocol Number       Institution Code

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

\* 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.

**INSTRUCTIONS TO THE STUDY NURSE:**

The following questionnaire asks the subject about his/her assessment of their appearance and any change in appearance during the past year. **It 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, at a minimum, to read at the sixth grade level 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:

"Nos gustaría que contestara algunas preguntas acerca de la manera como usted describiría su aspecto ahora y cualquier cambio reciente en dicho aspecto. Le agradecemos mucho el que usted complete este cuestionario."

You should then briefly go over the format of the questionnaire. Have the subject fill out the questionnaire before vital signs, history and physical are completed.

The questionnaire is very brief and should take no more than 5 minutes to complete. Before giving the subject the questionnaire, please fill out the header.

The questionnaire includes questions asking the subject to check the best answer.

Collect the completed questionnaire and review for omissions before the clinical exam. If the subject did not answer the questions, point this out and have him/her complete the omissions before continuing with the exam.

**STUDY NURSE:**

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

1. How was the questionnaire completed? .....  1-Self administered by the subject  
 If "4" go to question 1a.  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(s) why: .....  1-Subject refused  
 2-Subject missed clinic visit  
 3-There was not enough time  
 9-Other reason, specify

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



# SUBJECT BODY IMAGE QUESTIONNAIRE

NIAID PEDIATRIC AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

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"/>
							mmm	dd	yyyy	
Protocol Number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	* Seq. No.	<input type="text"/>	** Step No.	<input type="text"/>	Key Operator Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**INSTRUCCIONES AL SUJETO:** Estas preguntas están diseñadas para aprender más acerca de cómo cree usted que sus medicamentos están afectando su aspecto o la manera como usted se siente. Estas preguntas no tienen respuestas correctas ni incorrectas. Por eso, simplemente contéstelas según éstas se refieran a usted.

1. Pensando acerca de su peso ahora, ¿usted considera que está: (Marque una casilla.)

My flaco (Delgado)	Un poquito flaco (Delgado)	Mi peso es normal	Un poquito pesado	Muy pesado	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1	2	3	4	5	

2. Pensando acerca de su peso ahora y su peso hace un año, ¿está usted más o menos preocupado de su peso ahora que hace en año? (Marque una casilla.)

Mucho más preocupado	Un poquito más preocupado	No estoy preocupado	Un poquito menos preocupado	Mucho menos preocupado	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1	2	3	4	5	

3. Las declaraciones que siguen se refieren a su aspecto. Piense acerca de su aspecto hace un año y su aspecto ahora. ¿Cómo cree que su aspecto ha cambiado desde hace un año?

*Por favor marque una casilla en cada pregunta.*

	Mucho más Delgado (Más pequeño)	Un poquito más Delgado (Más pequeño)	No ha habido cambio	Un poquito más pesado (Más grande)	Mucho más pesado (Más grande)	
a. He notado que mi cara se ha vuelto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. He notado que la parte posterior de mi cuello o entre mis omóplatos se ha vuelto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. He notado que mis piernas se han vuelto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. He notado que mi estómago se ha vuelto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. He notado que mis nalgas se han vuelto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Idioma:

03-13-00 Fecha en que el formulario fue procesado (NO LO PROCESE): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_