

**CAREGIVER BODY IMAGE QUESTIONNAIRE**

NIAID PEDIATRIC 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"/>

\* 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 caregiver about his/her assessment of the subject's appearance and any change in appearance during the past year. **It should be given to the caregiver prior to the clinical exam and preferably in a quiet secluded area (e.g., exam room or other office).** Individuals completing the questionnaire 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 the caregiver. At the first visit, please begin by telling the caregiver:

"Nos gustaría que contestara algunas preguntas acerca de la manera como usted describiría el aspecto del sujeto 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 caregiver 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 caregiver the questionnaire, please fill out the header.

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

Collect the completed questionnaire and review for omissions before the clinical exam. If the caregiver 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 CAREGIVER COMPLETES THE QUESTIONNAIRE OR AFTER YOU ASCERTAIN THAT THIS IS NOT POSSIBLE.**

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

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



# CAREGIVER 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

**INSTRUCCIONES A QUIEN PROVEE EL CUIDADO PRIMARIO:** Estas preguntas están diseñadas para aprender más acerca de cómo cree usted que los medicamentos de la investigación están afectando el aspecto de su niño o la manera como él se siente. Estas preguntas no tienen respuestas correctas ni incorrectas. Por eso, simplemente contéstelas según éstas se refieren a su niño o niña.

1. Pensado acerca del peso de su niño ahora, ¿usted considera que él o ella está:

*(Marque una casilla.)*

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

2. Lo más que él/ella ha pesado ha sido:.....    libras  
**NOTA:** Escriba "-1" si el dato no se sabe.

3. Pensando acerca del peso de su niño ahora y su peso hace un año, ¿está usted más o menos preocupado(a) de su peso ahora que antes?

*(Marque una casilla.)*

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

4. Las declaraciones que siguen se refieren al aspecto de su niño. Piense acerca de su aspecto hace un año y su aspecto ahora. ¿Cómo cree que su aspecto ha cambiado durante el último año ?

**Por favor marque una casilla en cada pregunta.**

<b>Mucho más delgado (Más pequeño)</b>	<b>Un poquito más delgado (Más pequeño)</b>	<b>No ha habido cambio</b>	<b>Un poquito más pesado (Más grande)</b>	<b>Mucho más pesado (Más grande)</b>
--	---	----------------------------	---	--

a. He notado que su cara se ha vuelto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	
b. He notado que la parte posterior de su cuello o entre sus omóplatos se ha vuelto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	
c. He notado que sus piernas se han vuelto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	
d. He notado que su estómago se ha vuelto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	
e. He notado que sus nalgas se han vuelto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	

Idioma:

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

