

SPANISH VERSION

WOMEN'S INTERAGENCY HIV STUDY
DRUG FORM 2 – NON-ANTIRETROVIRAL MEDICATION USE

COMPLETE THIS FORM FOR EACH MEDICATION LISTED ON FORM F22MED,
QUESTIONS C1a, C1b AND C1c.

PARTICIPANT ID: [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]
WIHS STUDY VISIT #: [ ]-[ ]
FORM VERSION: 10/01/04
FORM COMPLETED BY: [ ]-[ ]-[ ]-[ ]
DATE COMPLETED: [ ]-[ ]/[ ]-[ ]/[ ]-[ ]

SELECT THE SPECIFIC DRUG FOR WHICH INFORMATION WILL BE CAPTURED ON THIS FORM.

Inhaled Medications:

114 \_\_\_ Pentamidine (aerosolized)

Injected or Infused Medications:

- 091 \_\_\_ Foscarnet (Foscavir)
125 \_\_\_ Ganciclovir (DHPG, Cytovene IV)
232 \_\_\_ Nandrolone (Deca-Durabolin)
090 \_\_\_ Interferon alfa-2b (Intron A) or Interferon Alfa-2a (Roferon-A)
124 \_\_\_ Amphotericin B (Ampho B)
157 \_\_\_ Medication to increase white blood cell count (G-CSF, GM-CSF, Neupogen)
117 \_\_\_ Medication to increase red blood cell count (Erythropoietin, Epogen, Procrit, EPO)
242 \_\_\_ Pegylated interferon (PEGASYS, PEG-Intron, Peginterferon alfa-2a, Peginterferon alfa-2b)

Pills, Liquids or Creams:

- 112 \_\_\_ Bactrim (Septra, cotrimoxazole, trimethoprim-sulfamethoxazole, TMP/SMZ)
184 \_\_\_ Biaxin (clarithromycin)
153 \_\_\_ Cipro (ciprofloxacin)
113 \_\_\_ Dapsone
116 \_\_\_ Diflucan (fluconazole)
213 \_\_\_ Famvir (famciclovir)
125 \_\_\_ Ganciclovir (Cytovene, valganciclovir, Valcyte)
138 \_\_\_ INH (isoniazid)
154 \_\_\_ Lamprene (clofazimine)
190 \_\_\_ Mepron (atovaquone)
540 \_\_\_ Methadone
705 \_\_\_ Methyl-prednisolone (Medrol)
229 \_\_\_ Monistat (miconazole)
137 \_\_\_ Myambutol (ethambutol)
145 \_\_\_ Mycelelex or Lotrimin (clotrimazole)
127 \_\_\_ Nizoral (ketoconazole)
144 \_\_\_ Nystatin (mycostatin)
706 \_\_\_ Orapred
228 \_\_\_ Oxandrin (oxandrolone)
707 \_\_\_ Prednisolone (Prelone)
704 \_\_\_ Prednisone (Deltasone)
182 \_\_\_ PZA (pyrazinamide)
235 \_\_\_ Rebetron (ribavirin & interferon alfa-2b)
093 \_\_\_ Rifabutin (mycobutin)
139 \_\_\_ Rifadin (rifampin)
169 \_\_\_ Sporanox (itraconazole)
230 \_\_\_ Terazol (terconazole)
198 \_\_\_ Valtrex (valacyclovir)
247 \_\_\_ Vfend (voriconazole)
152 \_\_\_ Zithromax (azithromycin)
146 \_\_\_ Zovirax (acyclovir)

PROMPT: INTERVIEWER, PLEASE RECORD HOW USE OF THIS MEDICATION WAS REPORTED.

- SELF-REPORT .....1
PARTICIPANT BROUGHT WRITTEN LIST TO VISIT .....2
PARTICIPANT BROUGHT MEDICATION BOTTLES TO VISIT.....3
PARTICIPANT BROUGHT PHARMACY RECORD TO VISIT.....4
RECORD OBTAINED DIRECTLY FROM PHARMACY .....5
OTHER.....6

SPECIFY: \_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

1. Usted dijo que ha tomado (DROGA) desde su visita al estudio en (MES):
- a. ¿Cómo consiguió acceso a tal medicación? **CIRCLE ONE ANSWER.**
- Receta regular..... 1 (**Question 2**)
  - Programa de compasión ..... 2 (**Question 2**)
  - Estudio de investigación..... 3
  - Otra..... 4 (**Question 2**)

- b. ¿Fue este estudio uno en el cuál usted desconocía el tratamiento (es decir, usted no sabía cuál medication estaba tomando)?
- YES ..... 1 (**STOP HERE**)
  - NO ..... 2

2. ¿Tomó usted esta medicina para tartar o prevvenir alguna de las siguientes condiciones médicas, enfermedades, o síntomas? (**CIRCLE YES OR NO FOR EACH**)

|   | <u>YES</u> | <u>NO</u>               |
|---|------------|-------------------------|
| a. Tuberculosis.....  | 1          | 2                       |
| b. Test cutáneo positivo para Tuberculosis .....                            | 1          | 2                       |
| c. Pneumocystis Jirovecii o<br>Pneumonia de Pneumocystis Carinii (PCP)..... | 1          | 2                       |
| d. Pneumonia, no-PPC .....  | 1          | 2                       |
| e. Mycobacterium Avium (MAC) .....  | 1          | 2                       |
| f. Otra condición.....  | 1          | 2 ( <b>Question 3</b> ) |

SPECIFY: \_\_\_\_\_

3. ¿Con qué frecuencia toma/tomó usted esta medicina?  
**PROMPT: RECORDED MOST RECENT NUMBER OF TIMES PER DAY OR TIMES PER WEEK OR TIMES PER MONTH OR TIMES PER LAST SIX MONTHS.**

Número de veces |\_\_|\_\_| por Día..... 1  
 Semana ..... 2  
 Mes..... 3  
 Últimos 6 meses ..... 5

4. **PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD E1.**

¿Por cuánto tiempo usó usted (DROGA) desde su última visita?

- Una semana o menos..... 1
- Más de una semana, pero no más de un mes ..... 2
- Uno a dos meses ..... 3
- Tres a cuatro meses ..... 4
- Cinco a seis meses..... 5
- Más de seis meses..... 6

5. ¿Está usted actualmente tomando (DROGA)?
- YES ..... 1
  - NO ..... 2

**PROMPT: AFTER A DRUG FORM 2 HAS BEEN COMPLETED FOR EACH NON-ANTIRETROVIRAL MEDICATION THE PARTICIPANT REPORTS SHE HAS TAKEN, GO BACK AND COMPLETE F22MED.**