

START F22MEDS3

B2. Ahora le preguntaré sobre cualquier medicamento para combatir el VIH/SIDA que haya tomado desde su última visita al estudio en (MES). Además de las medicinas recetadas, diga otros medicamentos que haya tomado como parte de un estudio, incluyendo estudios en los que no sabe si recibió el medicamento.

PROMPT: REVIEW QXQS FOR INSTRUCTIONS ON HOW TO COLLECT ARV DATA.

PROMPT: HAND PARTICIPANT ANTIRETROVIRAL PHOTO MEDICATION CARDS.

CHECK THE DRUG(S) THE PARTICIPANT HAS TAKEN FOR HIV SINCE HER LAST STUDY VISIT. FOR DRUGS NOT ON THE LIST, RECORD THE NAME UNDER “OTHER” AS STATED BY THE PARTICIPANT AND FILL IN THE CORRESPONDING THREE-DIGIT DRUG CODE FROM DRUG LIST 1.

a. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha tomado usted...

Combination Medications

- 262 ___ Atripla (Sustiva + Viread + Emtriva)
- 227 ___ Combivir (AZT + 3TC)
- 254 ___ Epzicom (Ziagen + Epivir)
- 240 ___ Trizivir (abacavir + AZT + 3TC)
- 253 ___ ***Truvada** (Viread + Emtriva)

Entry Inhibitors

- 233 ___ Fuzeon (T-20, enfuvirtide)
- 265 ___ Selzentry (maraviroc)

Nucleoside/Nucleotide RTIs

- 239 ___ ***Emtriva** (emtricitabine, FTC)
- 204 ___ ***Epivir** (lamivudine, 3-TC)
- 092 ___ Retrovir (AZT, zidovudine, ZDV)
- 147 ___ Videx / Videx EC (didanosine, ddI)
- 234 ___ ***Viread** (tenofovir)
- 159 ___ Zerit (stavudine, d4T)
- 218 ___ Ziagen (abacavir)

Integrase Inhibitors

- 264 ___ Isentress (raltegravir, MK 0518)

Non-Nucleoside RTIs

- 255 ___ Intelence (etravirine, TMC 125)
- 194 ___ Rescriptor (delavirdine)
- 220 ___ Sustiva (efavirenz)
- 191 ___ Viramune (nevirapine)

Protease Inhibitors

- 238 ___ Aptivus (tipranavir)
- 212 ___ Crixivan (indinavir)
- 210 ___ Invirase (saquinavir)
- 217 ___ Kaletra (lopinavir + ritonavir)
- 249 ___ Lexiva (fosamprenavir)
- 211 ___ Norvir (ritonavir)
- 256 ___ Prezista (TMC-114, darunavir)
- 243 ___ Reyataz (atazanavir)
- 216 ___ Viracept (nelfinavir)

Other

- 207 ___ Droxia or Hydrea (hydroxyurea)
- ___ Other anti-viral(s) (from Drug List 1)

Specify name of “other” antiviral:

Specify name of “other” antiviral:

→ Drug Code: |_|_|_|_|

→ Drug Code: |_|_|_|_|

END F22MEDS3

PLEASE COMPLETE THE DOSAGE FORM IF PARTICIPANT REPORTS HAVING TAKEN ANY ANTIRETROVIRAL MEDICATIONS SINCE HER LAST STUDY VISIT IN QUESTION B2a.

- b. IF PARTICIPANT HAS NOT TAKEN **ANY** ANTIRETROVIRAL MEDICATION SINCE HER (MONTH) STUDY VISIT, CHECK HERE: |_| (B10)
- c. ENTER THE TOTAL NUMBER OF ANTIRETROVIRAL MEDICATIONS THE PARTICIPANT REPORTED TAKING IN QUESTION B2a: |_|_|

B3. FROM VCS AND DSG, HAS PARTICIPANT STARTED ANY ANTIRETROVIRAL MEDICATIONS SINCE HER LAST STUDY VISIT?

YES.....1
 NO.....2 (B4)

a. ¿Es ésta la primera vez que ha tomado medicación(es) antiretroviral(es)?

YES.....1
 NO.....2 (B4)

¿Por qué comenzó a tomar medicación(es) antiretroviral(es) ahora? **CIRCLE YES FOR ALL THAT APPLY.**

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
b. El nivel de virus en mi cuerpo aumentó.....	1	2
c. Mi nivel de CD4 bajó.....	1	2
d. Me diagnosticaron SIDA	1	2
e. Me puse peor, aunque no me diagnosticaron SIDA	1	2
f. Mi doctor me recomendó que comenzara después de mi última visita para estudio	1	2
g. Mi doctor anteriormente me había recomendado que comenzara	1	2
h. Estoy embarazada o intento quedar embarazada	1	2
i. Otra razón.....	1	2

SPECIFY: _____

B4. FROM VCS AND DSG, HAS PARTICIPANT CHANGED OR STOPPED ANY ANTIRETROVIRAL MEDICATIONS SINCE HER LAST STUDY VISIT?

YES.....1
 NO.....2 (B7)

Usted ha reportado un cambio en las medicinas antiretroviral que esta tomando actualmente. Queremos entender mejor las razones por estos cambios. Por favor dígame cuál de las siguientes razones contribuyo a su decisión de cambiar o dejar de usar su medicinas antiretroviral.

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Mi medico cambio/discontinuo mis medicinas y no se por que	1	2
b. Mis medicinas no estaban funcionando- cuenta de glóbulos CD4 bajo o mi nivel de virus se aumento.....	1	2
c. Mi virus resistió las medicinas.....	1	2
d. De todas maneras no estaba tomando mis medicinas	1	2
e. Estoy embarazada, o me quiero embarazar, o cambia después de dar a la luz.....	1	2
f. Me canse de tomar las medicinas.....	1	2
g. No pude pagar por la medicina	1	2
h. Se me termino la receta.....	1	2
i. Tuve dificultad en seguir las instrucciones de tomar mis medicinas, habían muchas píldoras, no fue fácil tragar las píldoras.....	1	2

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
j. Mi familia/mis amigos me pidieron que parara/cambiara mis medicinas	1	2
k. Me entere de medicamentos superiores por la televisión, la radio, los diarios o revistas	1	2
l. Tuve efectos secundarios o las medicinas me enfermaron	1	2 (m)
i. Desarrolle un salpullido o comencé a tener problemas con la piel	1	2
ii. Desarrolle dolor de cabeza	1	2
iii. Desarrolle problemas estomacales (nausea, vomito, diarrea, cólicos)	1	2
iv. La acumulación de gordura en mi cuerpo cambio	1	2
v. Me deprimí, cambie de humor o tuve problemas en dormir	1	2
vi. Mis exámenes de sangre resultaron anormales (anemia, cuenta baja de globulos).....	1	2
vii. Mis exámenes del hígado resultaron anormales.....	1	2
viii. Mis exámenes de los riñones resultaron anormales	1	2
ix. Desarrolle diabetes o un nivel alto de azúcar en la sangre	1	2
x. Mis exámenes de sangre para lípidos/colesterol estaban anormales	1	2
xi. Desarrolle alergia o tensión alta a causa de una medicina	1	2
xii. Tuve algún tipo de efecto secundario pero no se que fue	1	2
m. Alguna otra razón por haber cambiado/parado de tomar mis medicinas.....	1	2 (B7)

SPECIFY: _____

B7. a. En general, durante los ultimos 6 meses, ¿con qué frecuencia tomó sus antiretrovirales como fueron recetados?

100% del tiempo	1	(SECTION C)
95-99% del tiempo	2	
75-94% del tiempo	3	
< 75% del tiempo	4	
Yo no he tomado ninguna de las medicinas recetadas.....	5	

b. **PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D1.**

La gente deja de tomar las medicinas por varias razones. Aquí hay una lista de posibles razones porque usted puede dejar de tomar sus medicinas. Desde su visita al estudio en el (MES), ¿con qué frecuencia dejó de tomar los antiretrovirales debido a...

	<u>Nunca</u>	<u>Rara vez</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Con frecuencia</u>
i. Simplemente olvido?	0	1	2	3
ii. Ha cambiado su rutina diaria (e.j., vacaciones, días de descanso o festivos)	0	1	2	3
iii. Se quedó dormida y no despertó a tiempo?	0	1	2	3
iv. Tiene demasiadas pastillas para tomar?	0	1	2	3
v. Se le acabaron las pastillas?	0	1	2	3
vi. No sentía deseo de tomar ninguna pastilla?	0	1	2	3
vii. No quería que otros notaran que estaba tomando medicinas?.....	0	1	2	3
viii. Estaba drogado o había bebido demasiado?	0	1	2	3
ix. Quería evitar efectos secundarios?.....	0	1	2	3
x. Sintió que la droga era tóxica y dañina?	0	1	2	3

	<u>Nunca</u>	<u>Rara vez</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Con frecuencia</u>
xi. Se sintió demasiado enferma para tomar la droga?	0	1	2	3
xii. Se sintió demasiado deprimida para tomar la droga?	0	1	2	3
xiii. Tuvo dificultad siguiendo las instrucciones especiales (e.j., tomar con comidas o con el estómago vacío)?	0	1	2	3
xiv. Otra razón.....	0	1	2	3

SPECIFY: _____

PROMPT: GO TO SECTION C.

B10. PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D3.

¿Que es su razón principal de no tomar ninguna de las medicinas o tratamientos antiretrovirales?
CIRCLE ONE ANSWER ONLY.

- Soy VIH negativa.....1
- Mi CD4+ era muy alto/carga viral era muy baja2
- Me siento muy saludable3
- Estoy tomando medicamentos alternativos.....4
- No quiero efectos secundarios5
- Son muy difíciles de tragar6
- Mi médico no las recetó.....7
- No tengo como pagarlas/no tengo seguro médico8
- Resistencia a la medicina9
- Estoy esperando un bebé.....10
- Decisión personal de esperar11
- No les sirvieron a mis amigos.....12
- Problemas relacionadas al hígado.....14
- Cualquier otra razón.....13

SPECIFY: _____

--

SECTION C. OI MEDICATION HISTORY

START F22MEDS4

C1. PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D4.

a. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha inhalado la siguiente medicina?

114 ___ Pentamidine (en aerosol)

i. IF THE PARTICIPANT HAS NOT TAKEN ANY MEDICATION
IN C1a SINCE HER (MONTH) STUDY VISIT, CHECK HERE: **(C1b)**

b. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha usted tomado alguno de los siguientes medicamentos inyectado o en infusión?

091 ___ Foscarnet (Foscavir)

125 ___ Ganciclovir (DHPG, Cytovene IV)

232 ___ Nandrolone (Deca-Durabolin)

157 ___ Medicamentos para aumentar el conteo de glóbulos blancos (G-CSF, GM-CSF, Neupogen)

117 ___ Medicamentos para aumentar el conteo de glóbulos rojos (Erythropoietin, Epogen, Procrit, EPO)

090 ___ ***Interferon alfa-2b** (Intron A) or **Interferon alfa-2a** (Roferon-A)

124 ___ Amphotericin B (Ampho B)

242 ___ ***Pegylated interferon** (PEGASYS, PEG-Intron, Peginterferon alfa-2a, Peginterferon alfa-2b)

i. IF THE PARTICIPANT HAS NOT TAKEN ANY MEDICATION
IN C1b SINCE HER (MONTH) STUDY VISIT, CHECK HERE: **(C1c)**

c. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha tomado alguna de las siguientes medicinas en pastillas, líquidos o pomadas?

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 ___ Metadona

705 ___ Methyl-prednisolone (Medrol)

229 ___ Monistat (Miconazole)

137 ___ Myambutol (Ethambutol)

145 ___ Mycelex or Lotrimin (Clotrimazole)

127 ___ Nizoral (Ketoconazole)

144 ___ Nystatin (Mycostatin)

228 ___ Oxandrin (Oxandrolone)

706 ___ Orapred

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 (Valcyclovir)

247 ___ Vfend (voriconazole)

152 ___ Zithromax (Azithromycin)

146 ___ Zovirax (Acyclovir)

i. IF PARTICIPANT HAS NOT TAKEN ANY MEDICATION
IN C1c SINCE HER (MONTH) STUDY VISIT, CHECK HERE: **(PROMPT)**

END F22MEDS4

SECTION E. OTHER PRESCRIPTION MEDICATION USE

E1. Desde su visita al estudio en (MONTH), ¿le pusieron a usted alguna de las siguientes vacunas?

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>DON'T KNOW</u>
a. Hepatitis A	1	2	<-8>
b. Hepatitis B	1	2	<-8>
c. Pneumovax.....	1	2	<-8>
d. Varicella (chicken pox).....	1	2	<-8>
e. Tétano.....	1	2	<-8>
f. VPH (el virus del papiloma genital humano).....	1	2	<-8>

E2. En el último año, ¿ha recibido una vacuna de rutina para la gripe ya sea un tiro en su brazo o FluMist, que se rocía en la nariz? La vacuna antigripal usualmente se administra en el otoño y protege contra la gripe durante la temporada de la gripe.

YES.....1
 NO.....2 **(E7)**

b. ¿Cuál recibió?

Inyección para la gripe.....1
 Atomizador / vaporizador nasal.....2

c. ¿Cuándo recibió la vacuna para la gripe? |_|_| / |_|_|_|_|_|
M Y

E7. Ahora voy a preguntarle acerca de cualquier momento en que podría haber tenido gripe después de su (MONTH) visita para el estudio. La palabra “gripe” (o “influenza”) se usa para varias enfermedades. Por ejemplo, es posible que la gente diga que tienen “influenza estomacal” para problemas gastrointestinales (vómitos y diarrea) que son causados por un virus diferente al de la influenza. Nuestras preguntas son acerca de la gripe influenza. Síntomas comunes son una fiebre y una tos seca. La gripe es distinta al resfriado; sin embargo, puede ser muy difícil distinguir la gripe de un resfriado. En general, síntomas de la gripe son mucho peor y duran por más tiempo que síntomas de resfriado. Después de su (MONTH) visita para el estudio, ¿tuvo alguna enfermedad que piense haya sido “gripe” (pero no influenza estomacal o gastrointestinal)?

YES.....1
 NO.....2 **(E11)**

b. ¿Cuándo se le hizo caso más grave de la gripe? |_|_| / |_|_|_|_|_|
M Y

E8. ¿Tuvo alguno de los siguientes síntomas cuando tuvo gripe?

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Fiebre	1	2
b. Tos seca.....	1	2
c. Dolor de garganta.....	1	2
d. Dolores musculares.....	1	2
e. Náuseas, vómitos o diarrea	1	2
f. Dolor de cabeza.....	1	2

E11. PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D4h.

¿Desde su última visita en (MONTH), ha tomado algún tratamiento para reemplazar hormonas (hormonas, estrógeno, progesterona) por más de un mes? Estos tratamientos vienen en forma de píldora, crema o parcho sobre la piel. Por favor, no incluya ninguna hormona que tome sólo para impedir un embarazo, conversaremos sobre eso más adelante en la entrevista.

ESTRÓGENO: Premarín, Estrace, Estratab, Menest, Ogen, Cenestín, Estraderm, Climera, Menostar, Estrasorb

PROGESTERONA: Provera, Cycrin, Amen, Prometrium, Micronor, Nor-QD

COMBINACIÓN ESTRÓGENO/PROGESTERONA: Premphase, Prempro, Combipatch

OTROS TRATAMIENTOS: Tamoxifen, Raloxifene, crema o parcho de Testosterona, Estratest (combinación Estrógeno/Testosterona), Pastillas o píldoras anticonceptivas, Norplant, Ortho Evra (el parche anticonceptivo para control de la natalidad), NuvaRing (el anillo vaginal mensual para el control de la natalidad)

YES1
 NO2 **(E12a)**

a. INTERVIEWERS: BASED ON PARTICIPANT RESPONSE IN E11, CODE BELOW THE TYPE OF HRT THE PARTICIPANT REPORTED ABOVE:

ESTROGEN1
 PROGESTERONE2
 COMBINATION.....3
 OTHER HRT4

SPECIFY: _____

b. ¿Cuál es la razón principal por la cual está tomando el tratamiento de hormonas?

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
i. Síntomas relacionados a la menopausia (cambios en le cuerpo, calores, resequedad vaginal, sudores)	1	2
ii. Depresión, ansiedad, o tensión emocional.....	1	2
iii. Para reponer las hormonas que su cuerpo no produce por una histerectomía o por remover sus ovarios	1	2
iv. Osteoporosis, o para prevenir o detener la pérdida de tejido seo	1	2
v. Para prevenir las enfermedades del corazón.....	1	2
vi. Períodos de menstruación irregulares.....	1	2
vii. Otra razón	1	2 (E12a)

Specify: _____

- E12a. Desde su visita en (MES) para el estudio, ¿ha tomado alguna medicación para la presión arterial o para el corazón, (como Amiodarone, Quinidine, Verapamil, etc.)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARDS D4b. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**
- E12b. (Desde su visita en (MES) para el estudio), ¿ha tomado alguna medicación para bajar el nivel de colesterol, los triglicéridos o los lípidos de la sangre, (como Lipitor, Pravachol, Zocor, etc.)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARDS D4c. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**
- E12c. (Desde su visita en (MES) para el estudio), ¿ha tomado alguna medicación para bajar el nivel de azúcar en la sangre, como inyecciones de insulina o cualquier medicación oral? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4d. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**
- E12d. (Desde su visita en (MES) para el estudio), ¿ha tomado alguna medicación para prevenir o tratar la osteoporosis, (como Fosamax, Evista, etc.)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4e. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**
- E12e. (Desde su visita en (MES) para el estudio), ¿ha tomado alguna medicación para convulsiones, (como Tegretol, Dilantin, Phenobarbital, Depakote, etc.)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4f. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**
- E12f. (Desde su visita en (MES) para el estudio), ¿ha tomado alguna medicación para condiciones psicológicas o depresión, (como Zyprexa, Zoloft, Celexa, etc.)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4g. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**
- E12g. (Desde su visita en (MES) para el estudio), ¿ha tomado alguna medicación para la lipodistrofia causada por VIH o cambios en la acumulación de gordura relacionada al VIH, como hormonas de crecimiento o esteroides? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4i. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**
- E12h. (Desde su visita en (MES) para el estudio), ¿ha tomado alguna medicación para respirar o para problemas en los pulmones, (como Singulair, monteleukast, Accolate, zafirlukast, Zyflo, zileutin, Theodur, theophylline, Slo-phyllin, Slo-bid, o Aerolate)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4k. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**
- E12i. Desde su visita al estudio en (MES) ¿ha tomado Ud. alguna otra medicina que se le haya **recetado**, que no hayamos mencionado antes? **IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**
- E13. ENTER THE TOTAL NUMBER OF OTHER PRESCRIPTION MEDICATIONS THE PARTICIPANT REPORTS TAKING IN QUESTIONS E12a – E12i:

PROMPT: IF E13 = 0, SKIP TO QUESTION G3. IF E13 ≥ 1, LIST MEDICATIONS IN COLUMN “a” AND COMPLETE COLUMNS “b” AND “c” FOR EACH MEDICATION.

PROMPT: PHOTOCOPY PAGE 12 AND INSERT IF PARTICIPANT REPORTS USING MORE THAN 7 OTHER PRESCRIPTION MEDICATIONS.

START F22MEDS6

a. Specify Drug Name	b. ¿Ha tomado éstas en los últimos 5 días? YES NO	c. INTERVIEWER, RECORD HERE HOW USE OF THIS MEDICATION WAS REPORTED.
Name of drug:	1 2	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: _____
Name of drug:	1 2	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: _____
Name of drug:	1 2	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: _____
Name of drug:	1 2	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: _____
Name of drug:	1 2	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: _____
Name of drug:	1 2	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: _____
Name of drug:	1 2	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: _____

WIHS ID#

a. Specify Drug Name	b. ¿Ha tomado éstas en los últimos 5 días? YES NO	c. INTERVIEWER, RECORD HERE HOW USE OF THIS MEDICATION WAS REPORTED.
Name of drug:	1 2	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: _____
Name of drug:	1 2	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: _____
Name of drug:	1 2	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: _____

END F22MEDS6

G3. TIME MODULE ENDED:

:

AM 1

PM..... 2