

--

START F22MEDS3

B2. Ahora le preguntare 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: HAND PARTICIPANT ANTIRETROVIRAL PHOTO MEDICATION CARDS. GO THROUGH THE CARDS WITH THE PARTICIPANT, SAYING THE NAME OF EACH DRUG ALOUD AND ASKING HER TO TELL YOU “YES” OR “NO” WHETHER SHE HAS TAKEN THIS DRUG SINCE HER LAST VISIT.

IF PARTICIPANT REPORTS USE OF A DRUG MARKED WITH “*,” FOLLOW PROMPT AT BOTTOM OF PAGE BEFORE READING OTHER DRUG NAMES TO PARTICIPANT.

CHECK THE DRUG(S) THE PARTICIPANT HAS TAKEN FOR HIV. 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...

Nucleoside/Nucleotide RTIs

- 204 ___ ***Epivir** (lamivudine, 3-TC)
- 218 ___ Ziagen (abacavir)
- 092 ___ Retrovir (AZT, zidovudine, ZDV)
- 227 ___ Combivir (AZT + 3TC)
- 159 ___ Zerit (stavudine, d4T)
- 094 ___ Hivid (zalcitabine, ddC)
- 147 ___ Videx / Videx EC (didanosine, ddl)
- 240 ___ Trizivir (abacavir + AZT + 3TC)
- 234 ___ ***Viread** (tenofovir)
- 239 ___ ***Emtriva** (emtricitabine, FTC)
- 253 ___ ***Truvada** (Viread + Emtriva)
- 254 ___ Epzicom (Ziagen + Epivir)

Non-Nucleoside RTIs

- 194 ___ Rescriptor (delavirdine)
- 220 ___ Sustiva (efavirenz)
- 191 ___ Viamune (nevirapine)

Inhibidores de la Proteasa

- 219 ___ Agenerase (amprenavir)
- 212 ___ Crixivan (indinavir)
- 217 ___ Kaletra (lopinavir/ritonavir)
- 216 ___ Viracept (nelfinavir)
- 211 ___ Norvir (ritonavir)
- 210 ___ Invirase or Fortovase (saquinavir)
- 243 ___ Reyataz (atazanavir)
- 238 ___ Aptivus (tipranavir)
- 249 ___ Lexiva (fosamprenavir)

Inhibidores del Ingreso (del VIH)

- 233 ___ Fuzeon (T-20, enfuvirtide)

Otras

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

Name of Drug:
Name of Drug:

Drug Code:

Drug Code:

END F22MEDS3

***PROMPT: ASK PARTICIPANT IF SHE TAKES [EPIVIR, VIREAD, EMTRIVA, TRUVADA] TO TREAT HIV ONLY, HEPATITIS (B OR C) ONLY, OR BOTH. IF HIV ONLY (OR PARTICIPANT IS UNSURE OF REASON), RECORD MEDICATION IN QUESTION B2A AND PROCEED WITH ADMINISTRATION OF DRUG FORM 1. IF HEPATITIS ONLY, DO NOT RECORD MEDICATION IN QUESTION B2A AND DO NOT ADMINISTER DRUG FORM 1. IF HIV AND HEPATITIS, RECORD MEDICATION IN QUESTIONS B2A AND D1A AND COMPLETE BOTH DRUG FORMS 1 AND 3.**

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

b. IF THE PARTICIPANT HAS NOT TAKEN **ANY** ANTIVIRAL MEDICATION SINCE HER (MONTH) STUDY VISIT, CHECK HERE: ___ (**GO TO B10**)

c. ENTER THE TOTAL NUMBER OF ANTIRETROVIRAL MEDICATIONS THE PARTICIPANT REPORTED TAKING IN QUESTION B2a: |_|_|

B3. ¿Es ésta la primera vez que ha tomado medicación(es) antiretroviral(es)?

YES1
 NO2 (**GO TO B4**)

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

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

SPECIFY: _____

B4. Desde su última visita en (MES), ¿ha cambiado o parado alguna de su(s) medicación(es) antiretroviral(es)?

YES1
 NO2 (**GO TO 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
j. Mi familia/mis amigos me pidieron que parara/cambiara mis medicinas	1	2

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
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: _____

Para las preguntas que faltan, me gustaría que usted se concentre en la manera en que se ha tomado sus medicinas durante los últimos 6 meses.

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

100% del tiempo	1	(GO TO B8)
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

	<u>Nunca</u>	<u>Rara vez</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Con frecuencia</u>
x. Sintió que la droga era tóxica y dañina?	0	1	2	3
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: _____

B8. PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D2.

- a. La mayoría de las medicinas anti-SIDA se necesitan tomar siguiendo un horario, como “cada 12 horas,” o “cada 8 horas.” En general, ¿que tan cercano siguió su horario específico?

Nunca	1
Algunas veces	2
La mitad del tiempo	3
La mayoría del tiempo	4
Todo el tiempo	5

- b. ¿Alguna de sus medicinas anti-VIH tiene instrucciones especiales tales como “tome con comida” o “tome con el estómago vacío” o “tome con bastante líquido”?

Yes	1
No.....	2 (GO TO B9)

c. PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D2.

En general, ¿con qué frecuencia sigue usted estas instrucciones especiales?

Nunca	1
Algunas veces	2
La mitad del tiempo	3
La mayoría del tiempo	4
Todo el tiempo	5

B9. IS PARTICIPANT CURRENTLY TAKING COMBINATION THERAPY?

YES	1
NO.....	2 (GO TO SECTION C)

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD 12.

Le voy a leer algunas creencias que tienen las personas que toman tratamiento combinado. Son creencias u opiniones relacionadas a la transmisión del VIH. Nos damos cuenta de que a algunas personas estas preguntas podrían parecerles ofensivas, o que Ud. esté cansada de contestarlas ya que se preguntan en cada visita. Le pedimos disculpas por la repetición, pero necesitamos hacer estas preguntas en todas las visitas para poder saber si las actitudes de la gente en cuanto a la transmisión del VIH cambia cuando se cambian los medicamentos. Por favor, dígame si usted está muy de acuerdo, solo de acuerdo, no está segura, en desacuerdo o muy en desacuerdo con cada una de estas frases.

	MUY DE ACUERDO	SOLO DE ACUERDO	NO ESTÁ SEGURA	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
a. Desde que comencé el tratamiento combinado, me preocupa menos transmitirle el VIH a otras personas durante las relaciones sexuales	1	2	3	4	5
b. No me preocupa tanto por usar condones desde que estoy bajo el tratamiento combinado.....	1	2	3	4	5
c. Creo que hay menos posibilidades de infectar a otros durante el sexo ahora que estoy bajo un tratamiento combinado.....	1	2	3	4	5
d. Estaría menos preocupada si mi nueva pareja es VIH-positiva o negativa ahora que estoy bajo un tratamiento combinado.....	1	2	3	4	5

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 recetó7
- 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 hígado14
- Cualquier otra razón.....13

SPECIFY: _____

--

SECTION C. OI MEDICATION HISTORY

START F22MEDS4

- C1. **PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D4. READ THE NAME OF EACH MEDICATION ALOUD. ASK THE PARTICIPANT IF SHE IS TAKING THIS MEDICATION. IF SHE ANSWERS “YES,” CHECK NEXT TO THE DRUG NAME.**

IF PARTICIPANT REPORTS USE OF A DRUG MARKED WITH “*,” FOLLOW PROMPT AFTER EACH QUESTION BEFORE READING OTHER DRUG NAMES TO PARTICIPANT.

- 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: ___ (GO TO 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)

124 ___ Amphotericin B (Ampho B)

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

***PROMPT: ASK PARTICIPANT IF SHE TAKES [INTERFERON, PEGYLATED INTERFERON] TO TREAT HEPATITIS (B OR C) ONLY, TO PREVENT OR TREAT ANOTHER CONDITION, OR BOTH. IF HEPATITIS ONLY, DO NOT RECORD MEDICATION IN QUESTION C1B AND DO NOT ADMINISTER DRUG FORM 2. IF ANOTHER CONDITION ONLY, RECORD MEDICATION IN QUESTION C1B AND PROCEED WITH ADMINISTRATION OF DRUG FORM 2. IF HEPATITIS AND ANOTHER CONDITION, RECORD MEDICATION IN QUESTIONS C1B AND D1A AND COMPLETE BOTH DRUG FORMS 2 AND 3.**

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

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

- | | | | | | |
|-----|--------------------------|---|-----|--------------------------|--|
| 112 | <input type="checkbox"/> | Bactrim (Septra, cotrimoxazole, trimethoprim-sulfamethoxazole, TMP/SMZ) | 127 | <input type="checkbox"/> | Nizoral (Ketoconazole) |
| 184 | <input type="checkbox"/> | Biaxin (Clarithromycin) | 144 | <input type="checkbox"/> | Nystatin (Mycostatin) |
| 153 | <input type="checkbox"/> | Cipro (Ciprofloxacin) | 228 | <input type="checkbox"/> | Oxandrin (Oxandrolone) |
| 113 | <input type="checkbox"/> | Dapsone | 702 | <input type="checkbox"/> | Prednisone (Deltasone) |
| 116 | <input type="checkbox"/> | Diflucan (Fluconazole) | 182 | <input type="checkbox"/> | PZA (Pyrazinamide) |
| 213 | <input type="checkbox"/> | * Famvir (Famciclovir) | 235 | <input type="checkbox"/> | * Rebetron (Ribavirin & Interferon alfa-2b) |
| 125 | <input type="checkbox"/> | Ganciclovir (Cytovene, valganciclovir, Valcyte) | 093 | <input type="checkbox"/> | Rifabutin (Mycobutin) |
| 138 | <input type="checkbox"/> | INH (Isoniazid) | 139 | <input type="checkbox"/> | Rifadin (Rifampin) |
| 154 | <input type="checkbox"/> | Lamprene (Clofazimine) | 169 | <input type="checkbox"/> | Sporanox (Itraconazole) |
| 190 | <input type="checkbox"/> | Mepron (Atovaquone) | 230 | <input type="checkbox"/> | Terazol (Terconazole) |
| 540 | <input type="checkbox"/> | Metadona | 198 | <input type="checkbox"/> | Valtrex (Valcyclovir) |
| 229 | <input type="checkbox"/> | Monistat (Miconazole) | 247 | <input type="checkbox"/> | Vfend (voriconazole) |
| 137 | <input type="checkbox"/> | Myambutol (Ethambutol) | 152 | <input type="checkbox"/> | Zithromax (Azithromycin) |
| 145 | <input type="checkbox"/> | Mycelelex or Lotrimin (Clotrimazole) | 146 | <input type="checkbox"/> | Zovirax (Acyclovir) |

***PROMPT: ASK PARTICIPANT IF SHE TAKES [FAMVIR, REBETRON] TO TREAT HEPATITIS (B OR C) ONLY, TO PREVENT OR TREAT ANOTHER CONDITION, OR BOTH. IF HEPATITIS ONLY, DO NOT RECORD MEDICATION IN QUESTION C1C AND DO NOT ADMINISTER DRUG FORM 2. IF ANOTHER CONDITION ONLY, RECORD MEDICATION IN QUESTION C1C AND PROCEED WITH ADMINISTRATION OF DRUG FORM 2. IF HEPATITIS AND ANOTHER CONDITION, RECORD MEDICATION IN QUESTIONS C1C AND D1A AND COMPLETE BOTH DRUG FORMS 2 AND 3.**

i. IF THE PARTICIPANT HAS NOT TAKEN ANY MEDICATION IN C1C SINCE HER (MONTH) STUDY VISIT, CHECK HERE: (GO TO PROMPT)

END F22MEDS4

PLEASE COMPLETE DRUG FORM 2 FOR EACH MEDICATION MARKED ABOVE IN QUESTION C1a – C1c. IF NO MEDICATIONS ARE MARKED, GO TO SECTION D.

d. ENTER THE TOTAL NUMBER OF NON-ANTIRETROVIRAL MEDICATIONS THE PARTICIPANT REPORTED TAKING IN QUESTIONS C1a, C1b and C1c:

E8. 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, Cycin, 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 **(GO TO E2)**

a. INTERVIEWERS: BASED ON PARTICIPANT RESPONSE IN E8, CODE BELOW THE TYPE OF HRT THE PARTICIPANT REPORTED ABOVE:

ESTROGEN1
 PROGESTERONE2
 COMBINATION3
 OTHER HRT4

SPECIFY: _____

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

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Síntomas relacionados a la menopausia (cambios en le cuerpo, calores, resequedad vaginal, sudores)	1	2
b. Depresión, ansiedad, o tensión emocional.....	1	2
c. Para reponer las hormonas que su cuerpo no produce por una histerectomía o por remover sus ovarios	1	2
d. Osteoporosis, o para prevenir o detener la pérdida de tejido seo	1	2
e. Para prevenir las enfermedades del corazón.....	1	2
f. Períodos de menstruación irregulares.....	1	2
g. Otra razón	1	2 (E2)

Specify: _____

--

- E2. 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 E11a.**
- E3. 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 E11a.**
- E4. 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, Precose, Diabinese, Glucotrol, etc.? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4d. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E11a.**
- E5. 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 E11a.**
- E6. 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 E11a.**
- E7. 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 E11a.**
- E9. 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 E11a.**
- E10. 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 E11a.**
- E11. ENTER THE TOTAL NUMBER OF OTHER PRESCRIPTION MEDICATIONS THE PARTICIPANT REPORTS TAKING IN QUESTIONS E2 – E10:

PROMPT: IF E11 = 0, SKIP TO SECTION F. IF E11 ≥ 1, LIST MEDICATIONS IN COLUMN a BELOW 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: _____
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

SECTION F. ALTERNATIVE/COMPLEMENTARY MEDICATION USE

F1. PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D5.

Además de medicaciones regulares, estamos interesados en obtener información sobre terapias complementarias y alternativas.

A. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha Ud. usado algunas medicinas complementarias o alternativas tomadas por boca como una pastilla o líquido, o que Ud. ha aplicado a su piel, o que Ud. ha insertado en su recto o vagina? Favor de incluir cualquier terapia enzimática, remedios caseros, remedios homeopáticos y suplementos nutricionales, tales como vitaminas o minerales que haya tomado. No incluya preparaciones comerciales de té de infusión (i.e. bolsa de té), pero por favor incluya remedios de té hecho de hierbas frescas.

YES1
 NO2 (GO TO G3)

START F22MEDS5

B. Por favor nombre aquellas medicinas complementarias y alternativas que Ud. ha tomado. **PROMPT: CHECK THE BOX NEXT TO THE COMPLEMENTARY/ALTERNATIVE MEDICATION(S) NAMED. SPECIFY NOT ON THE LIST UNDER "OTHER" AND FILL IN THE CORRESPONDING THREE-DIGIT DRUG CODE FROM DRUG LIST 3.**

	Tratamientos	Frecuencia de uso		Actualmente tomando?	Primaria rason por tomar?
		diariamente o casi diariamente	solo con necesidad		
621	Terapias enzimáticas (herbal o pancreática)	1	2	Y N	
622	Remedios de florales / té	1	2	Y N	
	Hierbas (Chinese/Asian, Native American, South American, Indian/Ayurvedic)				
613	Uña de gato	1	2	Y N	
615	Combinación de hierbas orientales	1	2	Y N	
620	Equinácea (con o sin Goldenseal)	1	2	Y N	
624	Ajo	1	2	Y N	
632	Cardo santo, abrojo sagrado	1	2	Y N	
167	St. John's Wort (Hypericin)	1	2	Y N	
629	Remedios Homeopáticos	1	2	Y N	
	Suplementos Nutricionales (vitaminas, minerales)				
602	Acidófilos	1	2	Y N	
601	Vitamina A	1	2	Y N	
610	Beta-caroteno	1	2	Y N	
607	Complejo B	1	2	Y N	

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D6. Respuestas por la cual no toma mediciones complementarias o alterativas:

- | | |
|---|---|
| 01 = para tratar o reducir los efectos secundarios de medicamentos estandares | 05 = para la salud general |
| 02 = para reforzar el sistema inmunológico | 06 = benéfico sin causar efectos secundarios |
| 03 = para prevenir infecciones oportunisticas y generales | 07 = o medicamentos normales para el VIH no funcionan |
| 04 = para tratar el VIH | 08 = subir de peso |
| 99 = otra | 09 = bajar de peso |

Tratamientos		Frecuencia de uso		Actualmente tomando?		Primaria rason por tomar?
		diariamente o casi diariamente	solo con necesidad			
608	Vitamina B (B1 Tiamina, B2 Riboflavina, B5 Acido Pantoténico, B6 Piridoxina, B12)	1	2	Y	N	
612	Vitamina C (Rosehips)	1	2	Y	N	
196	Coenzima Q-10	1	2	Y	N	
161	DHEA (hormona para tartar la fatiga)	1	2	Y	N	
619	Vitamina E	1	2	Y	N	
623	Acido Fólico	1	2	Y	N	
630	Multivitaminas / Minerales	1	2	Y	N	
631	Megadosis de vitaminas	1	2	Y	N	
633	Acidos grasos Omega-3, aceite de pescado	1	2	Y	N	
634	Batidas de proteínas	1	2	Y	N	
640	Cinc	1	2	Y	N	
188	NAC (N-acetil-cisteína)	1	2	Y	N	
173	Ozono (antioxidante)	1	2	Y	N	
635	SPV-30	1	2	Y	N	
637	Thymus Glandular (suplemento timo glandular)	1	2	Y	N	
Otros tratamiento(s) (from Drug List 3)						
Specify	→Drug code: _ _ _ _	1	2	Y	N	
Specify	→Drug code: _ _ _ _	1	2	Y	N	
Specify	→Drug code: _ _ _ _	1	2	Y	N	
Specify	→Drug code: _ _ _ _	1	2	Y	N	

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D6. Respuestas por la cual no toma mediciones complementarias o alterativas:

- | | |
|---|---|
| 01 = para tratar o reducir los efectos secundarios de medicamentos estandares | 05 = para la salud general |
| 02 = para reenforzar el sistema inmunológico | 06 = benéfico sin causar efectos secundarios |
| 03 = para prevenir infecciones oportunisticas y generales | 07 = o medicamentos normales para el VIH no funcionan |
| 04 = para tratar el VIH | 08 = subir de peso |
| 99 = otra | 09 = bajar de peso |

END F22MEDS5

c. ENTER THE TOTAL NUMBER OF ALTERNATIVE/COMPLEMENTARY MEDICATIONS THE PARTICIPANT REPORTED TAKING IN QUESTION F1b: |_|_|

SECTION G.

G3. TIME MODULE ENDED: |_|_| : |_|_| AM 1
 PM..... 2