

SPANISH VERSION

WOMEN'S INTERAGENCY HIV STUDY INTERIM EVENTS FORM

PARTICIPANT ID: |_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_|_|_| - |_|_|

FORM VERSION: 1 0 / 0 1 / 0 0
 M D Y

DATE COMPLETED: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___
 M D Y

FORM COMPLETED BY: _____ VISIT: _____

1. HOW WAS INTERIM EVENT DATA OBTAINED?

- Active surveillance (via WIHS Interim Events Protocol) 1 (#3)
Passive surveillance 2

2. WIHS STAFF HEARD OF THIS EVENT FROM WHAT SOURCE?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| Participant 1 | Health care provider 4 |
| Family member of participant 2 | Social service provider 5 |
| Friend of participant 3 | Other 6 |

Specify: _____

PROMPT: IF PARTICIPANT HAS DIED, COMPLETE QUESTIONS #1 AND #2 ABOVE AND END THE FORM. ALSO COMPLETE A DISENROLLMENT FORM, NOTE THE DEATH ON THE ATC, AND MAIL A MEDICAL RECORD RELEASE TO A FAMILY MEMBER FOR SIGNATURE.

SECTION A. CANCER DIAGNOSES

Para las siguientes preguntas voy a usar las palabras "trabajador de salud" para referirme a cualquier médico, enfermera o auxiliar de médicos a quien Ud. haya acudido para cuidado médico.

A1. a. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho un trabajador de la salud que usted tiene cáncer de la cerviz?

- YES 1
NO 2 **(A2)**

b. ¿Le han hecho una cirugía (ha sido admitida al hospital y tenido cirugía en la sala de operaciones) para tratar el cáncer de la cerviz?

- YES 1
NO 2

c. ¿Le han hecho un "CAT" o "MRI" de su abdomen (una máquina en forma de rosca que toma fotografías especiales)?

- YES 1
NO 2

WIHS ID #

[Empty box for WIHS ID #]

d. ¿Le han dicho que necesita tener cirugía o tratamiento de radiación?

YES 1
NO 2

A2. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho un trabajador de salud que Ud. tiene **algun otro** tipo de cáncer, incluyendo cáncer de la piel, linfoma, sarcoma de Kaposi, enfermedad de Hodgkin, cáncer de los senos o cáncer de los órganos femeninos – ovarios o útero?

YES 1
NO 2 (A3)

¿Qué tipo de cáncer? Fue: [READ a – i]

		NO/NEVER	
	<u>YES</u>	<u>HEARD OF IT</u>	
a. Cáncer de los senos?	1	2	(b)

i. Ha tenido un quiste extraído por un cirujano (no una biopsia con aguja, sino una cortada que necesita puntos)?

YES 1
NO 2

ii. Ha tenido una mastectomía (extracción completa del seno)?

YES 1
NO 2

- b. Cáncer de ovario? 1 2
- c. Cáncer del útero? 1 2
- d. Sarcoma de Kaposi's (KS)? 1 2
- e. Linfoma?. 1 2
- f. Linfoma en el cerebro? . . . 1 2
- g. Enfermedad de Hodgkin? . 1 2
- h. Cáncer de la piel (no KS)? 1 2
- i. Otro? 1 2 (A3)

SPECIFY: _____

A3. PLEASE RECORD THE TOTAL NUMBER OF CANCERS REPORTED AT THIS VISIT. DO NOT FORGET TO INCLUDE CERVICAL CANCER IF REPORTED IN QUESTION A1a, IN ADDITION TO ALL CANCERS REPORTED IN QUESTIONS A2a–A2i.

CANCERS

PROMPT: IF QUESTION A3 = 00, SKIP TO SECTION B.

BEGIN INTS1

WIHS ID #

PROMPT: FOR EACH CANCER INDICATED IN QUESTION A3, COMPLETE QUESTIONS A4–A5. THE NUMBER OF BOXES COMPLETED MUST EQUAL THE VALUE RECORDED AT A3. INDICATE THE LOCATION OF EACH REPORTED CANCER IN a, THEN COMPLETE b–f AS INDICATED FOR EACH. IF THE TOTAL NUMBER OF REPORTED CANCERS IS GREATER THAN TWO, PLEASE XEROX THIS PAGE AND INSERT THE COPY AFTER PAGE 3.

A4 a. LOCATION OF REPORTED CANCER: _____

PROMPT: REPLACE (LOCATION) WITH THE LOCATION WRITTEN IN A4a.

Ahora voy a preguntarle un poco más sobre su diagnóstico de cáncer en el/la (LOCATION). YES NO

b. ¿Es este su primer diagnóstico de cáncer? 1 (c) 2 (e)

c. Cuando le hicieron este diagnóstico de cáncer en el/la (LOCATION), también le dijeron que estaba metastizado, o que se le extendió a otra parte del cuerpo? 1 (d) 2 (A5)

d. ¿Adónde se le extendió? _____ (A5)

e. ¿Se le dijo si el cáncer que está reportando ahora fue una metástasis, o se disemino, de un cáncer anterior? 1 (f) 2 (f)

f. ¿En qué parte de su cuerpo estuvo este el cáncer originalmente? _____ (A5)

A5 a. LOCATION OF REPORTED CANCER: _____

PROMPT: REPLACE (LOCATION) WITH THE LOCATION WRITTEN IN A5a.

Ahora voy a preguntarle un poco más sobre su diagnóstico de cáncer en el/la (LOCATION). YES NO

b. ¿Es este su primer diagnóstico de cáncer? 1 (c) 2 (e)

c. Cuando le hicieron este diagnóstico de cáncer en el/la (LOCATION), también le dijeron que estaba metastizado, o que se le extendió a otra parte del cuerpo? 1 (d) 2 (B1)

d. ¿Adónde se le extendió? _____ (B1)

e. ¿Se le dijo si el cáncer que está reportando ahora fue una metástasis, o se disemino, de un cáncer anterior? 1 (f) 2 (f)

f. ¿En qué parte de su cuerpo estuvo este cáncer originalmente? _____ (B1)

END INTS1

PROMPT: FOR EACH CANCER DIAGNOSIS REPORTED IN QUESTIONS A1a AND A2a–i, COMPLETE THE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST (ATC). ALSO, IF EITHER A4c/A5c OR A4e/A5e = YES, THEN COMPLETE ATC FOR METASTATIC CANCER.

WIHS ID #

SECTION B. TUBERCULOSIS

B1. Las próximas preguntas son sobre la Tuberculosis. Voy usar “TB” para referirme a la Tuberculosis. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha padecido Ud. de TB?

YES 1
NO 2 **(B2)**

¿Fué en: YES NO
a. sus pulmones? 1 2
b. otra parte del cuerpo? 1 2 **(c)**

SPECIFY: _____

c. Tuvo radiografía del pecho? 1 2
d. Tomó medicinas durante 3 ó
mas meses? 1 2

PROMPT: IF ANY OF QUESTIONS B1a–d = YES, THEN COMPLETE THE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST.

B2. Desde su visita al estudio en (MES), ¿se ha hecho la prueba subcutánea (de la piel) para la TB?

YES 1
NO 2 **(Section C)**
DON'T KNOW <-8> **(Section C)**
DECLINED <-7> **(Section C)**

a. ¿Cuándo fue la última vez (la vez más reciente) que se hizo la prueba subcutánea (de piel) para la TB? Necesito saber el mes y el año.
_____/_____
M Y

b. ¿Le dijeron que la prueba había dado resultado positivo o que mostró que Ud. ha estado expuesta a la TB?

YES 1
NO 2
DON'T KNOW <-8>
DECLINED <-7>

PROMPT: IF QUESTION B2b = YES, THEN COMPLETE THE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST.

SECTION C. AIDS DEFINING ILLNESSES

C1. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha padecido de diarrea (3 evacuaciones suaves o líquidas por día), que haya durado mas de un mes?

WIHS ID #

YES 1
NO 2 (C3)

C2. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que la diarrea que ha tenido ha sido causada por:

	YES	NO/NEVER HEARD OF IT
a. Cryptosporidia?	1	2
b. Microsporidia?	1	2
c. Isospora?	1	2
d. C-M-V?	1	2
e. M-A-I?	1	2

C3. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido una infección de Herpes simplex en los pulmones o el esófago, el tubo por donde se traga?

YES 1
NO/NEVER HEARD OF IT 2

C4. Desde su visita al estudio en (MES), ¿algún trabajador de salud le ha dicho que Ud. ha padecido de PCP, la neumonía causada por Pneumocystis carinii?

YES 1
NO/NEVER HEARD OF IT 2

C5. Desde su visita al estudio en (MES), ¿algún trabajador de salud le ha dicho que Ud. ha padecido de otro tipo de neumonía, infección de los pulmones? No conteste “sí” si fue diagnosticada solo con bronquitis.

YES 1
NO/NEVER HEARD OF IT 2 (C6)

a. En los **últimos 12 meses**, ¿cuántas veces le ha dicho un trabajador de salud que usted a tenido neumonía, sin contar PCP, que haya requerido tratamiento con antibióticos? |_|_|_|
TIMES

b. Desde su visita al estudio en (MES), ¿cuántas veces ha sufrido de neumonía, sin contar PCP, que haya requerido tratamiento con antibióticos? |_|_|_|
TIMES

c. ¿Cuándo fue la última vez que a Ud. le dio neumonía, aparte de PCP? Necesito el mes y el año. ____ / ____
M Y

PROMPT: FOR EACH ILLNESS THE PARTICIPANT REPORTS IN QUESTIONS C2–C18 COMPLETE THE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST.

C6. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de la salud que Ud. tiene Candida (sapito), hongos (levaduras) en el esófago (el tubo entre la boca y el estomago) no solo en su boca?

YES 1
NO/NEVER HEARD OF IT 2

WIHS ID #

[Empty box for WIHS ID #]

C7. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido Candida o sapito, hongos (levaduras) en los pulmones o las vías respiratorias (tráquea o bronquios)?

- YES 1
- NO/NEVER HEARD OF IT 2

C8. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido una infección M-A-I, a la cual a veces se le llama M-A-C o MAC?

- YES 1
- NO/NEVER HEARD OF IT 2

C9. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido Toxo, o la infección causada por Toxoplasmosis del cerebro?

- YES 1
- NO/NEVER HEARD OF IT 2

C10. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de la salud que usted tiene C-M-V, cytomegalovirus:

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	
a. en los ojo (retinitis)?	1	2	
b. en la sangre?	1	2	
c. en el intestino?	1	2	
d. en el hígado?	1	2	
e. en otra parte del cuerpo?	1	2	(C11)

SPECIFY: _____

C11. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido meningitis relacionada con el VIH?

- YES 1
 - NO/NEVER HEARD OF IT 2
- (C12)**

a. ¿Se le dijo que era Crypto, o meningitis cryptococal?

- YES 1
- NO/NEVER HEARD OF IT 2

PROMPT: FOR EACH ILLNESS THE PARTICIPANT REPORTS IN QUESTIONS C2-C18 COMPLETE THE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST.

C12. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de la salud que Ud. tiene Cryptococcal infección:

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	
a. en la sangre?	1	2	
b. en otra parte del cuerpo?	1	2	(C13)

WIHS ID #

SPECIFY: _____

C13. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido histo o histoplasmosis, una infección causada por Histoplasma?

YES 1
NO/NEVER HEARD OF IT 2 (C14)

a. ¿En qué parte del cuerpo? SPECIFY: _____

C14. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido cocci o la infección coccidioidomycosis?

YES 1
NO/NEVER HEARD OF IT 2

C15. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido el síndrome de adelgazamiento (wasting syndrome), en otras palabras, pérdida grave de peso?

YES 1
NO/NEVER HEARD OF IT 2 (C16)

¿Ha tenido (CONDITION) que duró mas de un mes, al mismo tiempo durante el cuál experimentó una pérdida grave de peso?

	YES	NO
a. diarrea crónica (al menos 3 deposiciones sueltas en el día por 30 días o mas?)	1	2
b. debilidad crónica y fiebre documentada por 30 días o mas?	1	2
c. le dijeron que [este síntoma/estos síntomas] [es/son] debido/debidos a VIH/SIDA?	1	2

C16. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido demencia o encefalopatía, o algún problema con la memoria o confusión causada por el VIH?

YES 1
NO/NEVER HEARD OF IT 2

PROMPT: FOR EACH ILLNESS THE PARTICIPANT REPORTS IN QUESTIONS C2–C18 COMPLETE THE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST.

C17. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido una infección en la sangre causada por una bacteria llamada Salmonella?

YES 1
NO/NEVER HEARD OF IT 2 (C18)

a. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha sufrido de eso más de una vez?

WIHS ID #

YES 1
NO 2

C18. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido LMP, leucoencefalopatía multifocal progresiva, una enfermedad del cerebro?

YES 1
NO/NEVER HEARD OF IT 2

PROMPT: FOR EACH ILLNESS THE PARTICIPANT REPORTS IN QUESTIONS C2-C18 COMPLETE THE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST.

C19. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido Herpes simplex con úlceras que hayan durado más de un mes?

YES 1
NO/NEVER HEARD OF IT 2

END FORM HERE