

**SPANISH VERSION**

**WOMEN'S INTERAGENCY HIV STUDY  
METABOLIC STUDY: MS01 SPECIMEN COLLECTION FORM**

ID LABEL HERE ---> |\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_| - |\_|

VISIT #: \_\_\_\_\_ FORM COMPLETED BY: \_\_\_\_\_

VERSION DATE **04/01/05**

A1. DATE OF BLOOD DRAW: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
M D Y

A2. ¿Se inyecta usted insulina o toma alguna de las siguientes medicaciones por boca: thiazolidinedione [incluido pioglitazone (Actos) o rosiglitazone (Arandia)] o metformin (Glucophage) para la diabetes, o para controlar el azúcar en su sangre?  
 YES .....1 **(B1)**  
 NO.....2

A3. ¿Está usted tomando actualmente alguna otra medicina que le hubieran recetado para la diabetes, o para bajar el azúcar en su sangre?  
 YES .....1  
 NO.....2 **(A6)**

A4. ¿Incluyó alguna de las siguientes?			i. Fecha de la última vez que la tomó	ii. Hora de la última vez que la tomó	iii. AM/PM INDICATOR
	<u>YES</u>	<u>NO</u>			
a. Acarbose (Precose) .....	1	2 <b>(b)</b>	___/___/___	_  :  _	AM.....1 PM.....2
b. Chlorpropamide (Diabinese) .....	1	2 <b>(c)</b>	___/___/___	_  :  _	AM.....1 PM.....2
c. Glimepiride (Amaryl) .....	1	2 <b>(d)</b>	___/___/___	_  :  _	AM.....1 PM.....2
d. Glipizide (Glucotrol) .....	1	2 <b>(e)</b>	___/___/___	_  :  _	AM.....1 PM.....2
e. Glyburide (Micronase, Diabeta) .....	1	2 <b>(g)</b>	___/___/___	_  :  _	AM.....1 PM.....2
g. Miglitol (Glyset) .....	1	2 <b>(h)</b>	___/___/___	_  :  _	AM.....1 PM.....2
h. Orlistat (Xenical) .....	1	2 <b>(j)</b>	___/___/___	_  :  _	AM.....1 PM.....2
j. Repaglinide (Prandin) .....	1	2 <b>(l)</b>	___/___/___	_  :  _	AM.....1 PM.....2
l. Starlix (Nateglinide) .....	1	2 <b>(m)</b>	___/___/___	_  :  _	AM.....1 PM.....2
m. Other SPECIFY: _____	1	2 <b>(A5)</b>	___/___/___	_  :  _	AM.....1 PM.....2

WIHS ID#

A5. IN THE LAST EIGHT (8) HOURS, HAS PARTICIPANT TAKEN ANY OF THE MEDICATIONS LISTED IN QUESTIONS A4a – A4I?

YES .....1 (B1)
NO.....2

PROMPT: IF PARTICIPANT HAS TAKEN ANY OF THE DIABETES MEDICATIONS LISTED IN QUESTIONS A4a – A4I IN THE LAST EIGHT (8) HOURS, SHE IS NOT ELIGIBLE TO PARTICIPATE IN THE GLUCOSE TOLERANCE TEST (GTT) PORTION OF THE METABOLIC STUDY.

A6a. HAND PARTICIPANT ANTIVIRAL PHOTO MEDICATION CARDS. GO THROUGH CARDS WITH PARTICIPANT, SAYING THE NAME OF EACH DRUG ALOUD AND ASKING HER TO TELL YOU “YES” OR “NO” WHETHER SHE HAS TAKEN THIS DRUG IN THE LAST 3 DAYS. CHECK BELOW NEXT TO EACH DRUG PARTICIPANT REPORTS HAVING TAKEN. FOR DRUGS NOT LISTED, CHECK “OTHER ANTI-VIRAL,” RECORD NAME AS STATED BY PARTICIPANT AND FILL IN CORRESPONDING 3-DIGIT DRUG CODE FROM DRUG LIST 1.

Ahora le preguntaré acerca de cualquier medicamento que haya tomado en los últimos tres días para combatir el VIH/SIDA. 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. En los últimos tres días, ha tomado usted...

Nucleoside/Nucleotide RTIs

- 204 \_\_\_ Eпивir (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, ddI)
240 \_\_\_ Trizivir (abacavir + AZT + 3TC)
234 \_\_\_ Viread (tenofovir)
239 \_\_\_ Emtriva (emtricitabine, FTC)
253 \_\_\_ Truvada (Viread + Emtriva)
254 \_\_\_ Epzicom (Ziagen + Eпивir)

Non-Nucleoside RTIs

- 194 \_\_\_ Rescriptor (delavirdine)
220 \_\_\_ Sustiva (efavirenz)
191 \_\_\_ Viramune (nevirapine)

Protease Inhibitors

- 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)

Entry Inhibitors

- 233 \_\_\_ Fuzeon (T-20, enfuvirtide)

Other

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

Name of Drug:
Name of Drug:

Drug Code: |\_|\_|\_|\_|

Drug Code: |\_|\_|\_|\_|

b. ENTER THE TOTAL NUMBER OF MEDICATIONS THE PARTICIPANT REPORTED TAKING IN QUESTION A6a: |\_|\_|

PROMPT: IF QUESTION A6b = 0, SKIP TO QUESTION A8.

**A7. FOR EACH MEDICATION LISTED IN QUESTION A6a, ASK PARTICIPANT THE DATE AND TIME SHE LAST TOOK THAT MEDICATION AND COMPLETE COLUMNS a, b, c AND d.**

---

**START MS01s1**

	a. DRUG CODE	b. DATE LAST TAKEN	c. TIME LAST TAKEN	d. AM/PM INDICATOR
i.	_ _ _ _	__ __ \ __ __ \ __ __	_ _ _  :  _ _ _	AM.....1 PM.....2
ii.	_ _ _ _	__ __ \ __ __ \ __ __	_ _ _  :  _ _ _	AM.....1 PM.....2
iii.	_ _ _ _	__ __ \ __ __ \ __ __	_ _ _  :  _ _ _	AM.....1 PM.....2
iv.	_ _ _ _	__ __ \ __ __ \ __ __	_ _ _  :  _ _ _	AM.....1 PM.....2
v.	_ _ _ _	__ __ \ __ __ \ __ __	_ _ _  :  _ _ _	AM.....1 PM.....2
vi.	_ _ _ _	__ __ \ __ __ \ __ __	_ _ _  :  _ _ _	AM.....1 PM.....2

---

**END MS01s1**

**A8. ¿Cuándo fue la última vez que comió o bebió algo que no fuera agua?**

a. DATE:   \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  
M          D          Y

b. TIME:                                        |\_|\_|\_| : |\_|\_|\_|      AM.....1  
PM.....2

**A9. En los últimos tres días, ¿Ha usted tomado alguna otra medicina? Favor de incluir medicina que se le haya recetado, que NO hayamos mencionado antes, y medicinas que NO se le haya recetado (medicinas que se puede comprar SIN receta del doctor), y también hierbas, vitaminas, remedios caseros, u otros medicinas alternativas o complementarios.**

- YES ..... 1  
 NO ..... 2 (SECTION B)



**PROMPT: IF EITHER OF QUESTIONS A2 OR A5 = 1, SKIP TO END OF FORM. OTHERWISE, PLEASE HAVE PATIENT DRINK 75G GLUCOSE LOAD WITHIN 5 MINUTES AND CONTINUE WITH SPECIMEN DRAW.**

B6. DID THE PARTICIPANT FULLY DRINK GLUCOSE (75G GLUCOSE LOAD)?

YES ..... 1 **(B6a)**  
 NO ..... 2

SPECIFY REASON: \_\_\_\_\_ **(END FORM)**

a. TIME GLUCOSE LOAD ADMINISTERED: |\_\_| |\_\_| : |\_\_| |\_\_| AM ..... 1  
 PM ..... 2

**SECTION C. SECOND BLOOD DRAW (30 MINUTES)**

C1. TIME OF SECOND BLOOD DRAW: |\_\_| |\_\_| : |\_\_| |\_\_| AM ..... 1  
 PM ..... 2

C2. PHLEBOTOMIST'S INITIALS      \_\_ \_ \_\_

	<u>TEST TYPE</u>	<u>TUBE TYPE</u>	<u>VOLUME</u>	<u>a.) SPECIMEN COLLECTED?</u>		<u>b.) REQUIRED VOLUME COLLECTED?</u>		<u>c.) ESTIMATED VOLUME COLLECTED?</u>
				<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>YES</u>	<u>NO</u>	
C3.	GLUCOSE	Gray Top	2 ml	1	2 (i)	1 (C4)	2	__   __  mls.
		IF NO, SPECIFY REASON		i. _____				
C4.	INSULIN	Red-Top (SST)	4 ml	1	2 (i)	1 (D1)	2	__   __  mls.
		IF NO, SPECIFY REASON		i. _____				

**SECTION D. THIRD BLOOD DRAW (60 MINUTES)**

D1. TIME OF THIRD BLOOD DRAW: |\_\_| |\_\_| : |\_\_| |\_\_| AM ..... 1  
 PM ..... 2

D2. PHLEBOTOMIST'S INITIALS      \_\_ \_ \_\_

	<u>TEST TYPE</u>	<u>TUBE TYPE</u>	<u>VOLUME</u>	<u>a.) SPECIMEN COLLECTED?</u>		<u>b.) REQUIRED VOLUME COLLECTED?</u>		<u>c.) ESTIMATED VOLUME COLLECTED?</u>
				<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>YES</u>	<u>NO</u>	
D3.	GLUCOSE	Gray Top	2 ml	1	2 (i)	1 (E1)	2	__   __  mls.
		IF NO, SPECIFY REASON		i. _____				

