

SPANISH VERSION
WOMENS INTERAGENCY HIV STUDY
FOLLOW-UP AUTOIMMUNE DISEASE FORM (ADF02)

SECTION A. GENERAL INFORMATION

- A1. PARTICIPANT ID: ENTER NUMBER HERE ONLY IF ID LABEL IS NOT AVAILABLE |__| - |__|__| - |__|__|__|__| - |__|
- A2. VISIT #: |__|__|
- A3. VERSION DATE: **04/01/13**
- A4. DATE OF INTERVIEW: |__|__| / |__|__| / |__|__|
 M D Y
- A5. INTERVIEWER'S INITIALS: |__|__|__|
- A6. DATE FORM LAST ADMINISTERED |__|__| / |__|__| / |__|__|
 M D Y
- A7. TIME MODULE STARTED: |__|__| : |__|__| AM 1
 PM 2

-
- B1. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha sido diagnosticado con lupus, síndrome de Sjogren, esclerosis múltiple (EM), enfermedad de Graves o altos niveles de la hormona tiroidea, o tiroiditis de Hashimoto o bajos niveles de la hormona tiroidea?
YES..... 1
NO..... 2 **(B7)**

WIHSID

[Empty box]

B2. Desde su visita de estudio de (MES), ¿le ha dado un nuevo diagnóstico de lupus algún proveedor de atención médica?

YES..... 1
NO..... 2 (B3)

b. ¿Cuándo le dijeron por primera vez que usted tenía lupus? []/[]/[]
M D Y

c. Desde su visita de estudio de (MES), ¿ha tomado algún medicamento u otro tratamiento para el lupus?

YES..... 1
NO..... 2 (B3)

START ADF02s1

Table with 3 columns: Drug/Treatment, Start Date (MM/DD/YY), and End Date (MM/DD/YY). Rows include questions about when the drug was started and stopped.

--

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD C1.			i. FECHA DE INICIO (MM/DD/YY)	ii. FECHA DE ABANDONO (MM/DD/YY)
Especifique qué fármacos o tratamientos ha tomado para tratar el lupus:				
DRUG2	a. DISEASE: Lupus.....1	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente?	___/___/___ (f)	
		e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)?	___/___/___	___/___/___ (f)
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG3)		
		g. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___ (h)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG3)		
		i. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___
DRUG3	a. DISEASE: Lupus.....1	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente?	___/___/___ (f)	
		e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)?	___/___/___	___/___/___ (f)
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (B3)		
		g. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___ (h)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (B3)		
		i. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___

END ADF02s1

WIHSID

B3. Desde su visita de estudio de (MES), ¿le ha dado un nuevo diagnóstico del síndrome de Sjogren algún proveedor de atención médica?

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

b. ¿Cuándo le dijeron por primera vez que usted tenía el síndrome de Sjogren?

M	D	/	M	D	/	Y

c. Desde su visita de estudio de (MES), ¿ha tomado algún medicamento u otro tratamiento para el síndrome de Sjogren?

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

START ADF02s1

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD C2.		i. FECHA DE INICIO (MM/DD/YY)	ii. FECHA DE ABANDONO (MM/DD/YY)
Especifique qué fármacos o tratamientos ha tomado para tratar el síndrome de Sjogren:			
DRUG1	a. DISEASE: Sjogren's.....2	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente? _____ (f)	
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)? _____	_____ (f)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG2)	
		g. ¿Cuándo? _____	_____ (h)
		h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG2)	
		i. ¿Cuándo? _____	_____

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD C2.			i. FECHA DE INICIO (MM/DD/YY)	ii. FECHA DE ABANDONO (MM/DD/YY)
Especifique qué fármacos o tratamientos ha tomado para tratar el síndrome de Sjogren:				
DRUG2	a. DISEASE: Sjogren's.....2	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente?	___/___/___ (f)	
		e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)?	___/___/___	___/___/___ (f)
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG3)		
		g. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___ (h)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG3)		
		i. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___
DRUG3	a. DISEASE: Sjogren's.....2	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente?	___/___/___ (f)	
		e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)?	___/___/___	___/___/___ (f)
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (B4)		
		g. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___ (h)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (B4)		
		i. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___

END ADF02s1

WIHSID

--

B4. Desde su visita de estudio de (MES), ¿le ha dado un nuevo diagnóstico de esclerosis múltiple (EM) algún proveedor de atención médica?

YES..... 1
 NO..... 2 (B5)

b. ¿Cuándo le dijeron por primera vez que usted tenía EM?

M		D		Y							

c. Desde su visita de estudio de (MES), ¿ha tomado algún medicamento u otro tratamiento para EM?

YES..... 1
 NO..... 2 (B5)

START ADF02s1

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD C3.		i. FECHA DE INICIO (MM/DD/YY)	ii. FECHA DE ABANDONO (MM/DD/YY)
Especifique qué fármacos o tratamientos ha tomado para tratar EM:			
DRUG1	a. DISEASE: EM.....3	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente? <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div> (f)	
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)? <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div> (f)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG2)	
		g. ¿Cuándo? <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div> (h)
		h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG2)	
		i. ¿Cuándo? <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD C3.			i. FECHA DE INICIO (MM/DD/YY)	ii. FECHA DE ABANDONO (MM/DD/YY)
Especifique qué fármacos o tratamientos ha tomado para tratar EM:				
DRUG2	a. DISEASE: EM.....3	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente?	___/___/___ (f)	
		e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)?	___/___/___	___/___/___ (f)
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG3)		
		g. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___ (h)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG3)		
		i. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___
DRUG3	a. DISEASE: EM.....3	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente?	___/___/___ (f)	
		e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)?	___/___/___	___/___/___ (f)
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (B5)		
		g. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___ (h)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (B5)		
		i. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___

END ADF02s1

B5. Desde su visita de estudio de (MES), ¿le ha dado un nuevo diagnóstico de la enfermedad de Graves o niveles altos de la hormona tiroidea algún proveedor de atención médica?

YES..... 1
 NO..... 2 **(B6)**

b. ¿Cuándo le dijeron por primera vez que usted tenía niveles altos de la hormona tiroidea? |_|_|/|_|_|/|_|_|
M D Y

c. Desde su visita de estudio de (MES), ¿ha tomado algún medicamento u otro tratamiento para niveles altos de la hormona tiroidea?

YES..... 1
 NO..... 2 **(B6)**

START ADF02s1

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD C4. Especifique qué fármacos o tratamientos ha tomado para tratar los niveles altos de la hormona tiroidea:		i. FECHA DE INICIO (MM/DD/YY)	ii. FECHA DE ABANDONO (MM/DD/YY)
DRUG1 a. DISEASE: Tiroides alto.....4 b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____ c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente?	_ _ / _ _ / _ _ (f)	
	e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)?	_ _ / _ _ / _ _	_ _ / _ _ / _ _ (f)
	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG2)		
	g. ¿Cuándo?	_ _ / _ _ / _ _	_ _ / _ _ / _ _ (h)
	h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG2)		
	i. ¿Cuándo?	_ _ / _ _ / _ _	_ _ / _ _ / _ _

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD C4. Especifique qué fármacos o tratamientos ha tomado para tratar los niveles altos de la hormona tiroidea:			i. FECHA DE INICIO (MM/DD/YY)	ii. FECHA DE ABANDONO (MM/DD/YY)
DRUG2	a. DISEASE: Tiroides alto.....4	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente?	___/___/___ (f)	
		e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)?	___/___/___	___/___/___ (f)
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG3)		
		g. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___ (h)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG3)		
		i. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___
DRUG3	a. DISEASE: Tiroides alto.....4	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente?	___/___/___ (f)	
		e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)?	___/___/___	___/___/___ (f)
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (B6)		
		g. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___ (h)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (B6)		
		i. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___

END ADF02s1

WIHSID

B6. Desde su visita de estudio de (MES), ¿le ha dado un nuevo diagnóstico de tiroiditis de Hashimoto o niveles bajos de la hormona tiroidea algún proveedor de atención médica?

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

b. ¿Cuándo le dijeron por primera vez que usted tenía niveles bajos de la hormona tiroidea?

_ _	/	_ _	/	_ _
M		D		Y

c. Desde su visita de estudio de (MES), ¿ha tomado algún medicamento u otro tratamiento para los niveles bajos de la hormona tiroidea?

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

START ADF02s1

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD C5. Especifique qué fármacos o tratamientos ha tomado para tratar los niveles bajos de la hormona tiroidea:		i. FECHA DE INICIO (MM/DD/YY)	ii. FECHA DE ABANDONO (MM/DD/YY)
DRUG1	a. DISEASE: Baja de la tiroides.....5 b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____ c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente? _ _ / _ _ / _ _ (f)	
	e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)? f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG2)	_ _ / _ _ / _ _	_ _ / _ _ / _ _ (f)
	g. ¿Cuándo? h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG2)	_ _ / _ _ / _ _	_ _ / _ _ / _ _ (h)
	i. ¿Cuándo?	_ _ / _ _ / _ _	_ _ / _ _ / _ _

