

SPANISH VERSION

WOMEN'S INTERAGENCY HIV STUDY
FORM 22 MED: MEDICATION HISTORY

SECTION A: GENERAL INFORMATION

- A1. PARTICIPANT ID: ENTER NUMBER HERE ONLY IF ID LABEL IS NOT AVAILABLE |_|-|_|_|-|_|_|_|_|-|_|
- A2. WIHS STUDY VISIT #: |_|_|
- A3. FORM VERSION: **04/01/14**
- A4. DATE OF INTERVIEW: |_|_|/|_|_|/|_|_|
 M D Y
- A5. INTERVIEWER'S INITIALS: |_|_|_|
- A6. DATE FORM LAST ADMINISTERED: |_|_|/|_|_|/|_|_|
 M D Y
- A7. TIME MODULE BEGAN: |_|_| : |_|_| AM.....1
 PM.....2

INTRODUCTION TO PARTICIPANT:

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre sus antecedentes médicos. Le haré una serie de preguntas sobre enfermedades, síntomas y medicinas que Ud. haya usado o tomado desde su última visita al estudio en ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ .
 M D Y

Si desea tomar una pausa durante la entrevista, simplemente dígamelo.

Finalmente, necesito volver a enfatizar que todas sus respuestas son confidenciales, y lo que Ud. conteste no afectará, en ninguna forma, su cuidado clínico.

SECTION B. ANTIRETROVIRAL HISTORY

B1. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha sido vacunada contra el SIDA o participado en una prueba clínica? (Una vacuna contra SIDA puede incluir vacunas que previenen la infección con SIDA o vacunas terapéuticas (aquellas que previenen progresión de la infección.))

- YES.....1
- NO.....2

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)
- 280 ___ Complera (FTC + RPV + TDF)
- 287 ___ Stribild (FTC + Viread + EVG + cobicistat)

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)
- 286 ___ Tivicay (dolutegravir)

Non-Nucleoside RTIs

- 255 ___ Intelence (etravirine, TMC 125)
- 194 ___ Rescriptor (delavirdine)
- 220 ___ Sustiva (efavirenz)
- 191 ___ Viamune (nevirapine)
- 276 ___ Edurant (rilpivirine, TMC 278)

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

PROMPT: IF PARTICIPANT BROUGHT MEDICATION BOTTLES OR LIST TO REPORT ARV USE, PLEASE ASK THE FOLLOWING QUESTION (B2b) AND MAKE SURE ALL MEDICATIONS ARE CHECKED IN QUESTION B2a. IF PARTICIPANT IS HIV-NEGATIVE, OR INTERVIEWER HAS ALREADY REVIEWED PHOTO MED CARDS WITH PARTICIPANT, CIRCLE “3” FOR N/A AND PROCEED TO QUESTION B2c.

b. ¿Además de las [botellas/lista] que trajo hoy, ha tomado, usted, otros medicamentos antirretroviral, aún por un período de tiempo corto, desde su (MES) visita de estudio?

- YES.....1
- NO.....2
- Not applicable (N/A).....3

[Empty box for WIHS ID#]

PROMPT: IF B2b=YES, REVIEW PHOTO MEDICATION CARDS WITH PARTICIPANT TO DETERMINE WHICH ADDITIONAL MEDICATIONS SHE HAS USED. REPORT ANY ADDITIONAL MEDICATIONS ABOVE IN QUESTION B2a.

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

- c. PARTICIPANT HAS **NOT TAKEN ANY** ART IN B2a1 **(B10)**
 PARTICIPANT HAS TAKEN **AT LEAST ONE** ART in B2a2

d. 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?

- YES1
- NO2 **(B6)**

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

- YES1
- NO2

B6. ¿Desde (MES) cuando tuvo su ultima visita de este estudio, ha habido un período de una semana o más en el cual no estabas tomando medicamentos antirretrovirales?

- YES1
- NO2

B7. a. **HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD DØ.**

En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia tomó sus antiretrovirales como fueron recetados?

- 100% del tiempo1 **(SECTION C)**
- 95-99% del tiempo2
- 75-94% del tiempo3
- < 75% del tiempo4
- Yo no he tomado ninguna de las medicinas recetadas.....5

b. **En los últimos 30 días**, ¿durante cuántos días faltó de tomarse al menos a una dosis de sus medicamentos para el VIH? [][]
DAYS

c. **HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D0a.**

En los últimos 30 días, ¿qué tan bueno fue su cumplimiento en la toma de los medicamentos para el VIH?

- Muy malo1
- Mal2
- Regular3
- Bueno4
- Muy bueno5
- Excelente.....6

d. **HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D0b.**

En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó sus medicamentos para el VIH en la forma en que debía tomarlos?

- Nunca1
- Rara vez2
- Algunas veces3
- Usualmente4
- Casi siempre.....5
- Siempre6

PROMPT: GO TO SECTION C.

B10. PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D3.

¿Que es su razón principal de no tomar ninguna medicina o tratamiento antiretroviral? **CIRCLE ONE ANSWER ONLY.**

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

- B11. Desde su ultima visita de este estudio en (MES), ¿Ha tomado medicación para prevenir una infección de VIH – esto a veces se llama profilaxis previa o posterior a la exposición, PEP o PrEP?
- YES1
- NO2 (SECTION C)
- POSIBLEMENTE, DE UN ESTUDIO3
- B12. ¿Dónde obtuvo la medicación?
- De su médico de cabecera o clínica1
- Una clínica como una clínica de enfermedades de transmisión sexual
o una clínica de salud pública2
- Una persona no profesional, como un amigo o una persona en la calle3
- Como parte de un estudio4
- Otro5
- SPECIFY: _____
- B13. ¿Todavía la está tomando?
- YES1
- NO2
- a. ¿En qué año empezó a tomar esta medicación por primera vez? |_|_|_|_|
- B14. ¿Está tomando o empezó a tomar esta medicación después de tener una posible exposición sexual sin protección o inyección de drogas?
- YES1 (B16)
- NO2
- B15. ¿Está tomando o empezó a tomar esta medicación por su protección general (sin haber sido motivada por una exposición riesgosa)?
- YES1
- NO2
- B16. ¿Por cuánto tiempo tomó o tomará esta medicación?
- Menos de 1 semana1
- 1 a 3 semanas2
- 3 a 6 semanas3
- Más de 6 semanas4

SECTION C. OI AND OTHER CO-INFECTION MEDICATION HISTORY

START F22MEDS4

C1. PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D4.

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

114 ___ Pentamidine (en aerosol)

b. Desde su ultima visita de este 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)
- 124 ___ Amphotericin B (Ampho B)
- 242 ___ ***Pegylated interferon** (PEGASYS, PEG-Intron, Peginterferon alfa-2a, Peginterferon alfa-2b)

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

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 112 ___ Bactrim (Septra, cotrimoxazole, trimethoprim-sulfamethoxazole, TMP/SMZ) 184 ___ Biaxin (Clarithromycin) 113 ___ Dapsone 116 ___ Diflucan (Fluconazole) 213 ___ Famvir (Famciclovir) 125 ___ Ganciclovir (Cytovene, valganciclovir, Valcyte) 138 ___ INH (Isoniazid) 190 ___ Mepron (Atovaquone) 540 ___ Metadona 705 ___ Methyl-prednisolone (Medrol) 229 ___ Monistat (Miconazole) 137 ___ Myambutol (Ethambutol) 145 ___ Mycelex or Lotrimin (Clotrimazole) | <ul style="list-style-type: none"> 127 ___ Nizoral (Ketoconazole) 144 ___ Nystatin (Mycostatin) 228 ___ Oxandrin (Oxandrolone) 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. PARTICIPANT HAS **NOT TAKEN ANY** MEDS IN C1a, C1b OR C1c1 (SECT. D)
 PARTICIPANT HAS TAKEN **AT LEAST ONE** MED IN C1a, C1b OR C1c2

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:

SECTION D. HEPATITIS MEDICATION HISTORY

START F22MEDS9

D1. PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D4a.

a. Desde que acudió a su visita para este estudio en (MONTH), ¿ha tomado usted alguna de las siguientes medicinas para la Hepatitis B o C?

- 242 ___ Pegylated interferon (PEGASYS or Peginterferon alfa-2a)
(PEG-Intron or Peginterferon alfa-2b)
- 058 ___ Ribavirin (Virazole, Rebetol, Copegus)
- 235 ___ Rebetron (Ribavirin and interferon alfa-2b)
- 204 ___ Epivir (lamivudine, 3-TC)
- 234 ___ Viread (tenofovir, bis-POC-PMPA)
- 224 ___ Hespera (adefovir, Preveon, bis-POM PMPA, GS 840)
- 239 ___ Emtriva (emtricitabine, Coviracil, FTC)
- 253 ___ Truvada (Ziagen + Epivir)
- 709 ___ Baraclude (entecavir, BMS-200475)
- 710 ___ Tyzeka (telbivudine)
- 713 ___ Victrelis (boceprevir)
- 714 ___ Incivek (telaprevir)
- 715 ___ Olysio (simeprevir)
- 716 ___ Sovaldi (sofosubir)

Specify name of "other" antiviral:	→ Drug Code: _ _ _ _
Specify name of "other" antiviral:	→ Drug Code: _ _ _ _

b. PARTICIPANT HAS **NOT TAKEN ANY** MEDS IN D1a.....1 (SECT. E)
 PARTICIPANT HAS TAKEN **AT LEAST ONE** MED IN D1a.....2

END F22MEDS9

**PLEASE COMPLETE DRUG FORM 3 FOR EACH
 MEDICATION MARKED ABOVE IN QUESTION D1a.**

c. ENTER THE TOTAL NUMBER OF HEPATITIS MEDICATIONS THE PARTICIPANT REPORTED TAKING IN QUESTION D1a: |_|_|

SECTION E. OTHER PRESCRIPTION MEDICATION USE

E1. Desde su ultima visita de este estudio en (MONTH), ¿le pusieron 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
g. Herpes Zoster (culebrilla).....	1	2	-8

PROMPT: IF ODD-NUMBERED VISIT (E.G., 31, 33, ETC.), SKIP TO QUESTION E11.

E2. Durante la última estación de influenza, ¿recibió la vacuna contra la influenza (gripe/gripa) **regular**?

YES	1
NO.....	2

E11. **PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D4h.**

¿Desde su última visita en (MONTH), ha tomado algun tratamiento para reemplazar hormonas (hormonas, estrógeno, progesterona) por más de un mes? Estos tratmientos 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: Premarin, Estrace, Estratab, Menest, Ogen, Cenestín, Estraderm, Climara, Menostar, Estrasorb, Alora, Enjuvia, Evamist, Femring, Vivelle-Dot

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

COMBINACIÓN ESTRÓGENO/PROGESTERONA: Premphase, Prempro, Combipatch, Angeliq, Activella, Prefest

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)

YES	1
NO	2 (E12a)

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

ESTROGEN	1
PROGESTERONE.....	2
COMBINATION.....	3
OTHER HRT	4

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 ultima visita de este estudio en (MES), ¿ha tomado alguna medicación para la presión arterial o para el corazón, (como Amiodarone, Quinidine, Verapamil, hydrochlorothiazide, etc.)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARDS D4b. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

YES.....1
NO.....2

E12b. (Desde su ultima visita de este estudio (MES)), ¿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.**

YES.....1
NO.....2

E12c. (Desde su ultima visita de este estudio en (MES)), ¿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.**

YES.....1
NO.....2

E12d. (Desde su ultima visita de este estudio en (MES)), ¿ha tomado alguna medicación para prevenir o tratar la osteoporosis o de fractura, como bifosfonatos [alendronate (Fosamax), risedronate (Actonel, Atelvia), zoledronic acid (Reclast), ibandronate (Boniva)], estrógeno, raloxifene (Evista), teriparatide (Forteo), denosumab (Prolia), o calcitonin (Fortical, Miacalcin)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4e. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

YES.....1
NO.....2

E12e. (Desde su ultima visita de este estudio en (MES)), ¿ha tomado alguna medicación para convulsiones, (como Tegretol, Dilantin, Phenobarbital, Depakote, etc.)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4f. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

YES.....1
NO.....2

E12f. (Desde su ultima visita de este estudio en (MES)), ¿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.**

YES.....1
NO.....2

E12g. (Desde su ultima visita de este estudio en (MES)), ¿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.**

YES.....1
NO.....2

E12h. (Desde su ultima visita de este estudio en (MES)), ¿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, Aerolate, o albuterol)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4k. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

YES.....1
NO.....2

E12i. Desde su ultima visita de este 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.**

YES.....1
NO.....2

E13. ENTER THE TOTAL NUMBER OF OTHER PRESCRIPTION MEDICATIONS RECORDED IN THE F22MEDs6 SECTION:

PROMPT: ALL COMPLEMENTARY/ALTERNATIVE THERAPIES (E.G., CALCIUM AND VITAMIN D) SHOULD BE REPORTED IN SECTION F, REGARDLESS OF WHETHER THEY ARE PRESCRIBED.

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

PROMPT: PHOTOCOPY PAGE 17 AND INSERT IF PARTICIPANT REPORTS USING MORE THAN 10 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 visit4 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 visit4 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 visit4 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 visit4 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 visit4 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 visit4 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 visit4 Record obtained directly from pharmacy.....5 Other 6 SPECIFY: _____

--

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

SECTION F. ALTERNATIVE/COMPLEMENTARY MEDICATION USE

F1. Además de medicaciones regulares, estamos interesados en obtener información sobre terapias complementarias y alternativas.

PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D5.

- a. Desde su ultima visita de este estudio en (MES), ¿ha usado alguna medicina complementaria o alternative, esto incluye medicinas que haya tomado oralmente como una pastilla o líquido, o que haya aplicado a su piel, o que haya insertado en su recto o vagina? Por favor incluya cualquier terapia enzimática, remedios caseros, remedios homeopáticos y suplementos nutricionales, tales como vitaminas o minerales que haya tomado. No incluya preparaciones comerciales de infusiones de té (i.e. bolsa de té), pero por favor incluya remedios de té hecho de hierbas frescas.

YES 1
NO 2 (GO TO G3)

- b. Please name those complementary and alternative medications that you have taken.

PROMPT: CIRCLE THE DRUG CODE FOR CAM NAMED. SPECIFY THOSE NOT LISTED UNDER “OTHER” AND FILL IN THE THREE-DIGIT DRUG CODE FROM DRUG LIST 3.

START F22MEDS5

Treatments		i. Frecuencia de uso		ii. Actualmente tomando		iii. Primaria rason por tomar?
		diariamente o casi diariamente	solo con necesidad	YES	NO	
602	Acidófilos	1	2	1	2	□□□
607	Complejo B	1	2	1	2	□□□

Treatments	i. Frecuencia de uso		ii. Actualmente tomando		iii. Primaria rason por tomar?
	diariamente o casi diariamente	solo con necesidad	YES	NO	
608 Vitamina B (B1 Tiamina, B2 Riboflavina, B5 Acido Pantoténico, B6 Piridoxina, B12)	1	2	1	2	□□□
612 Vitamina C (Rosehips)	1	2	1	2	□□□
646 Calcio	1	2	1	2	□□□
615 Combinación de hierbas orientales	1	2	1	2	□□□
196 Coenzima Q-10	1	2	1	2	□□□
657 Vitamina D	1	2	1	2	□□□
619 Vitamina E	1	2	1	2	□□□
620 Equinácea (con o sin Goldenseal)	1	2	1	2	□□□
623 Acido Fólico	1	2	1	2	□□□
624 Ajo	1	2	1	2	□□□
652 Glucosamina / Condroitina	1	2	1	2	□□□
641 Hierro	1	2	1	2	□□□
630 Vitaminas Multi- o Prenatales / Minerales	1	2	1	2	□□□
633 Acidos grasos Omega-3, aceite de pescado	1	2	1	2	□□□
640 Cinc	1	2	1	2	□□□
□□□ Specify:	1	2	1	2	□□□
□□□ Specify:	1	2	1	2	□□□
□□□ Specify:	1	2	1	2	□□□
□□□ Specify:	1	2	1	2	□□□

PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D6. REASONS FOR TAKING COMPLEMENTARY/ALTERNATIVE MEDICATIONS:

- | | |
|---|---|
| 01 = para tratar o reducir los efectos secundarios de medicamentos estandares | 08 = subir de peso |
| 02 = para reenforzar el sistema inmunológico | 09 = bajar de peso |
| 03 = para prevenir infecciones oportunisticas y generales | 10 = Mi médico la prescribió |
| 04 = para tratar el VIH | 11 = Para la salud de los huesos |
| 05 = para la salud general | 12 = Para la salud del corazón |
| 06 = benéfico sin causar efectos secundarios | 13 = Para prevenir la pérdida de memoria |
| 07 = o medicamentos normales para el VIH no funcionan | 14 = Para el tratamiento de la menopausia |
| 99 = otra | |

END F22MEDS5

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

G3. TIME MODULE ENDED: □□□ : □□□ AM 1
 PM..... 2