

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 tratado, 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

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 **(B4)**

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

- YES1
- NO2

B4. FROM VCS AND DSG, HAS PARTICIPANT CHANGED OR RESTARTED OR STOPPED ANY ANTIRETROVIRAL MEDICATIONS SINCE HER LAST STUDY VISIT?

- YES1
- NO2 **(B6)**

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, reinicie 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

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
j. Mi familia/mis amigos me pidieron que parara/cambiara mis medicinas	1	2
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 (B6)

SPECIFY: _____

B6. ¿Desde su (MES) visita de estudio, ha habido un período de tiempo de una semana o más cuando no estaba tomando sus medicamentos antirretroviral?

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

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

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

100% del tiempo1 **(SECTION C)**
 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. **En los últimos 30 días**, ¿en cuántos días faltó 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

e. **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
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: _____

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 **(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 visita al estudio en (MES), ¿Ha tomado su medicación para prevenir una infección de VIH – esto a veces se llama profilaxis previa o posterior a la exposición, PEP o PrEP?

- YES.....1
- NO.....2 **(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?

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

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)**
- NO.....2

B15. ¿Está tomando o empezó a tomar esta medicación por su protección general (sin haber sido motivada por una exposición riesgosa)?

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

B16. ¿Por cuánto tiempo tomó o tomará esta medicación?

- Menos de 1 semana.....1
- 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 visita al estudio en (MES), ¿ha inhalado la siguiente medicina?

114 Pentamidine (en aerosol)

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)
- 124 Amphotericin B (Ampho B)
- 242 ***Pegylated interferon** (PEGASYS, PEG-Intron, Peginterferon alfa-2a, Peginterferon alfa-2b)

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

- | | |
|---|---|
| <p>112 <input type="checkbox"/> Bactrim (Septra, cotrimoxazole, trimethoprim-sulfamethoxazole, TMP/SMZ)</p> <p>184 <input type="checkbox"/> Biaxin (Clarithromycin)</p> <p>113 <input type="checkbox"/> Dapsone</p> <p>116 <input type="checkbox"/> Diflucan (Fluconazole)</p> <p>213 <input type="checkbox"/> Famvir (Famciclovir)</p> <p>125 <input type="checkbox"/> Ganciclovir (Cytovene, valganciclovir, Valcyte)</p> <p>138 <input type="checkbox"/> INH (Isoniazid)</p> <p>190 <input type="checkbox"/> Mepron (Atovaquone)</p> <p>540 <input type="checkbox"/> Metadona</p> <p>705 <input type="checkbox"/> Methyl-prednisolone (Medrol)</p> <p>229 <input type="checkbox"/> Monistat (Miconazole)</p> <p>137 <input type="checkbox"/> Myambutol (Ethambutol)</p> <p>145 <input type="checkbox"/> Mycelex or Lotrimin (Clotrimazole)</p> | <p>127 <input type="checkbox"/> Nizoral (Ketoconazole)</p> <p>144 <input type="checkbox"/> Nystatin (Mycostatin)</p> <p>228 <input type="checkbox"/> Oxandrin (Oxandrolone)</p> <p>707 <input type="checkbox"/> Prednisolone (Prelone)</p> <p>704 <input type="checkbox"/> Prednisone (Deltasone)</p> <p>182 <input type="checkbox"/> PZA (Pyrazinamide)</p> <p>235 <input type="checkbox"/> *Rebetron (Ribavirin & Interferon alfa-2b)</p> <p>093 <input type="checkbox"/> Rifabutin (Mycobutin)</p> <p>139 <input type="checkbox"/> Rifadin (Rifampin)</p> <p>169 <input type="checkbox"/> Sporanox (Itraconazole)</p> <p>230 <input type="checkbox"/> Terazol (Terconazole)</p> <p>198 <input type="checkbox"/> Valtrex (Valcyclovir)</p> <p>247 <input type="checkbox"/> Vfend (voriconazole)</p> <p>152 <input type="checkbox"/> Zithromax (Azithromycin)</p> <p>146 <input type="checkbox"/> Zovirax (Acyclovir)</p> |
|---|---|

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 el estudio (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)

Specify name of "other" antiviral:
Specify name of "other" antiviral:

→ Drug Code:

→ Drug Code:

b. PARTICIPANT HAS **NOT TAKEN ANY** MEDS IN D1a1 (SECT. E)
 PARTICIPANT HAS **TAKEN AT LEAST ONE** MED IN D1a2

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 visita al estudio en (MONTH), ¿le pusieron a usted 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) **regular**?

YES	1
NO.....	2

E11. **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: 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 visita en (MES) para el estudio, ¿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 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 E13a.**

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

E12c. (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 o cualquier medicación oral? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4d. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

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

E12d. (Desde su visita en (MES) para el estudio), ¿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 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 E13a.**

YES1
 NO.....2

E12f. (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 E13a.**

YES1
 NO.....2

E12g. (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 E13a.**

YES1
 NO.....2

E12h. (Desde su visita en (MES) para el estudio), ¿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.**

YES1
 NO.....2

E12i. 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 E13a.**

YES1
 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 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:

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 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)**

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	___
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 | 06 = benéfico sin causar efectos secundarios |
| 02 = para reenforzar el sistema inmunológico | 07 = o medicamentos normales para el VIH no funcionan |
| 03 = para prevenir infecciones oportunisticas y generales | 08 = subir de peso |
| 04 = para tratar el VIH | 09 = bajar de peso |
| 05 = para la salud general | 10 = Mi médico la prescribió |
| 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