

SPANISH VERSION

**WOMENS INTERAGENCY HIV STUDY
INTENSIVE PK STUDY
FORM PK03: RECENT ILLNESSES, CONCURRENT MEDICATIONS
AND OB/GYN HISTORY**

SECTION A: GENERAL INFORMATION

- A1. PARTICIPANT ID: ENTER NUMBER HERE ONLY IF ID LABEL IS NOT AVAILABLE - - -
- A2. LAST WIHS CORE VISIT #:
- A3. VERSION DATE: **10 / 01 / 05**
- A4. DATE OF INTERVIEW: M / D / Y
- A5. INTERVIEWER'S INITIALS:

INTRODUCTION TO PARTICIPANT:

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre sus recent antecedentes médicos. Le voy a hacer una serie de preguntas acerca de los síntomas o infecciones que usted pudiera haber tenido recientemente, y acerca de las medicinas que hubiera tomado.

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: MEDICAL SYMPTOMS AND INFECTIONS

B1. Primero, le voy a preguntar sobre algunos síntomas medicos. Durante los últimos 30 días, ¿presentó usted alguno de los siguientes síntomas?

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Fiebre con una temperatura más alta de 100 grados Fahrenheit (38°C)	1	2
b. Ardor o dolor al orinar	1	2
c. Diarrea con 3 o más deposiciones blandas o líquidas por día	1	2
d. Tos que le haga escupir un esputo verde o amarillo	1	2
e. Nariz congestionada o que le chorea, o dolor de garganta	1	2
f. Infección de los senos paranasales o sinusitis	1	2
g. Llagas o úlceras dentro de la boca o en los labios	1	2
h. Llagas o úlceras en o alrededor de la vagina o los glúteos.....	1	2
i. Cualquier otro síntoma médico	1	2 (B2)

SPECIFY: _____

WIHS ID #

B2. Durante los últimos 30 días, ¿padeció usted alguna vez de alguna de las siguientes infecciones?

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Neumonía, infección de los pulmones	1	2
b. Infección de la piel	1	2
c. Infección del cerebro/ escán anormal del cerebro	1	2
d. Gonorrea o Clamidia	1	2
e. Algún otro tipo de infección.....	1	2 (C1)

SPECIFY: _____

SECTION C: VACCINATIONS

C1. Durante los últimos 30 días, ¿le han aplicado alguna vacuna?

YES	1
NO	2

SECTION D: MEDICATIONS

Las preguntas anteriores se referían a eventos que hubieran sucedido durante los últimos **30** días. En la siguiente serie de preguntas, le preguntaré sobre las medicinas o sustancias que usted pudiera haber tomado durante los últimos **cinco** días.

D1. Durante los últimos cinco días, ¿tomó usted alguna medicina para el ácido del estómago o acidez estomacal?

YES	1
NO	2 (D2)

HAND PARTICIPANT PK MEDICATION CARD A: STOMACH MEDICATIONS.

¿Incluyó alguna de las siguientes?	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Prilosec (omeprazole).....	1	2
b. Prevacid (lansoprazole)	1	2
c. Tagamet (cimetidine)	1	2
d. Nexium (esomeprazole)	1	2
e. Aciphex (rabeprazole)	1	2
f. Protonix (pantoprazole).....	1	2
g. Zantac (ranitidine).....	1	2
h. Pepcid (famotidine)	1	2
i. Imodium (loperamide).....	1	2
j. Reglan (metoclopramide).....	1	2

WIHS ID #

D2. Durante los últimos cinco días, ¿ha tomado alguna medicación para convulsiones?

YES 1
NO 2 (D3)

HAND PARTICIPANT PK MEDICATION CARD B: SEIZURE MEDICATIONS.

¿Incluyó alguna de las siguientes?	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Tegretol (carbamazepine).....	1	2
b. Dilantin (phenytoin)	1	2
c. Felbatol (felbamate)	1	2
d. Mysoline (primidone).....	1	2
e. Topamax (topiramate)	1	2
f. Mebaral (mephobarbital).....	1	2
g. Phenobarbital (Luminal, Solfoton).....	1	2
h. Cerebyx (fosphenytoin).....	1	2
i. Depakote (valproate, valproic acid, depakene)	1	2

D3. Durante los últimos cinco días, ¿ha tomado alguna medicación para la presión arterial o para el corazón?

YES 1
NO 2 (D4)

HAND PARTICIPANT PK MEDICATION CARD C: HEART AND BLOOD PRESSURE MEDICATIONS.

¿Incluyó alguna de las siguientes?	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Amiodarone (Cordarone, Pacerone).....	1	2
b. Quinidine (Cardioquin, Quin-Tab, Quinadure, Quinaglute, Quinidex).....	1	2
c. Verapamil (Calan, Verelan, Covera, Isoptin).....	1	2
d. Diltiazem (Cardizem, Cartia, Dilacor, Tiamate, Tiazac)..	1	2
e. Nifedipine (Cardene)	1	2
f. Nifedipine (Procardia, Adalat)	1	2
g. Felodipine (Plendil).....	1	2
h. Atenolol (Tenormin)	1	2

WIHS ID #

D4. Durante los últimos cinco días, ¿ha tomado alguna medicación para colesterol?

YES 1
NO 2 (D5)

HAND PARTICIPANT PK MEDICATION CARD D: CHOLESTEROL MEDICATIONS.

¿Incluyó alguna de las siguientes?	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Mevacor (lovastatin)	1	2
b. Lipitor (atorvastatin)	1	2
c. Zocor (simvastatin)	1	2
d. Lescol (fluvastatin).....	1	2
e. Pravachol (pravastatin).....	1	2
f. Lopid (gemfibrozil)	1	2
g. TriCor (fenofibrate).....	1	2
h. Colestid (colestipol)	1	2
i. Questran (cholestyramine)	1	2
j. Welchol (colesevelam).....	1	2
k. Niaspan (niacin)	1	2
l. Crestor (rosuvastatin)	1	2

D5. Durante los últimos cinco días, ¿ha tomado usted alguna medicación para la ansiedad, la depresión o los nervios?

YES 1
NO 2 (D6)

HAND PARTICIPANT PK MEDICATION CARD E: PSYCH MEDICATIONS.

¿Incluyó alguna de las siguientes?	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Zyprexa (olanzapine).....	1	2
b. Serzone (nefazodone).....	1	2
c. Luvox (fluvoxamine).....	1	2
d. Zoloft (sertraline)	1	2
e. Celexa (citalopram).....	1	2
f. St. John's Wort (Amber, Goat weed, Hardhay, Klamath weed, Tipton weed).....	1	2
g. Prozac (fluoxetine)	1	2
h. Effexor (venlafaxine)	1	2

D6. HAND PARTICIPANT PK MEDICATION CARD F: PREDNISONE & TAMOXIFEN.

Durante los últimos cinco días, ¿tomó usted una medicina para prevenir el cáncer de mama, llamada Tamosiren?

- YES 1
- NO 2

D7. Durante los últimos cinco días, ¿tomó usted Prednisone?

- YES 1
- NO 2

D8. Durante los últimos cinco días, ¿Usó usted un parche Duragesic (Fentanyl) para el dolor?

- YES 1
- NO 2

D9. Durante los últimos cinco días, ¿tomó usted algún antibiótico o antifúngico, o cualquier otra medicina para luchar contra las infecciones bacterianas o fúngicas (de hongos)?

- YES 1
- NO 2 (D10)

HAND PARTICIPANT PK MEDICATION CARD G: ANTIBIOTICS.

¿Incluyó alguna de las siguientes?	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Erythromycin (E-mycin, Ilosone, Eryc, Erythromycin ethyl succinate or EES).....	1	2
b. Clarithromycin (Biaxin)	1	2
c. Azithromycin (Zithromax)	1	2
d. Dirithromycin (Dynabac)	1	2
e. Norfloxacin (Noroxin).....	1	2
f. Ciprofloxacin (Cipro).....	1	2
g. Fluconazole (Diflucan).....	1	2
h. Itraconazole (Sporanox)	1	2
i. Ketoconazole (Nizoral)	1	2
j. Rifampin (Rifadin)	1	2
k. Rifabutin (Mycobutin).....	1	2
l. Bactrim (Septra, cotrimoxazole, trimethoprim-sulfamethoxazole, TMP/SMZ).....	1	2
m. Voriconazole (Vfend).....	1	2

WIHS ID #

- ¿Incluyó alguna de las siguientes? YES NO
- n. Atovaquone (Mepron)1 2
 - o. Mefloquine (Lariam)1 2

- D10. Durante los últimos cinco días, ¿se sirvió usted: YES NO
- a. toronjas (pomelos) o jugo de toronja/pomelo?.....1 2
 - b. naranjas o jugo de naranja?1 2
 - c. vino tinto?.....1 2

SECTION E: RECENT OB/GYN HISTORY

- E1. ¿Está Ud. embarazada actualmente?
- YES.....1
- NO..... 2

- E2. ¿Ha pasado usted por la menopausia?
- YES 1 (END FORM)
- NO 2
- DON'T KNOW -8

- E3. ¿Está usted menstruando actualmente?
- YES.....1
- NO..... 2 (E5)

- E4. ¿Cuándo fue el primer día de su período/regla actual? Por favor, trate de recordar lo mejor que pueda.

___ ___ / ___ ___ / ___ ___ (END FORM)
M D Y

- E5. ¿Cuándo fue el primer día de su periodo/regla más reciente? Por favor, trate de recordar lo mejor que pueda.

___ ___ / ___ ___ / ___ ___
M D Y

- E6. ¿Cuántos días duró ese periodo (esa regla)? Por favor, trate de recordar lo mejor que pueda.

□ □ □
#DAYS