

FOLLOW-UP BODY IMAGE QUESTIONNAIRE
 NIAID ADULT AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

Patient Number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Date of Patient Visit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Protocol Number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Institution Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Form Week	<input type="text"/>	* Seq No.	<input type="text"/>	** Step No.	<input type="text"/>	Key Operator Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Enter a "1" if this is the first of this form for this date. Designate subsequent forms on the same date with a 2, 3, etc.
 **Enter the subject's current study step number. Enter '1' if the study does not have multiple steps.

INSTRUCTIONS TO THE STUDY NURSE:

The following questionnaire asks the subject about his/her assessment of their appearance and any change in appearance since the start of current study treatment. **It should be given to the subject prior to the clinical exam and preferably in a quiet secluded area (e.g., exam room or other office).** The subject must be able, at a minimum, to read at the sixth grade to complete the questionnaire without additional assistance.

It is important to be familiar with the content and format of the questionnaire before giving it to study participants. At the first visit, please begin by telling the participant:

"We would like you to answer some questions about how you would describe your appearance and any recent change in your appearance. We appreciate you filling out this questionnaire."

You should then briefly go over the format of the questionnaire. Have the participant fill out the questionnaire before vital signs, history and physical are completed.

The questionnaire is very brief and should take no more than 5 minutes to complete. Before giving the subject the questionnaire, please fill out the header.

The questionnaire includes questions asking the subject to check the best answer.

Collect the completed questionnaire and review for omissions before the clinical exam. If the participant did not answer the questions, point this out and have him/her complete the omissions before continuing with the exam.

PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING ITEMS AFTER THE SUBJECT COMPLETES THE QUESTIONNAIRE OR AFTER YOU ASCERTAIN THAT THIS IS NOT POSSIBLE.

1. How was the questionnaire completed?
- If "4" go to question 1a.
- 1-Self administered by the study participant
 - 2-Face to face interview that you conducted
 - 3-Phone interview
 - 4-Not completed
 - 9-Other, specify

If Other, specify [30]: _____

- a. If you answered "4-Not completed," please indicate the reason(s) why:
- 1-Subject refused
 - 2-Subject missed clinic visit
 - 3-There was not enough time
 - 9-Other reason, specify

If Other reason, specify [30]: _____



FOLLOW-UP BODY IMAGE QUESTIONNAIRE

NIAID ADULT AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

Patient Number Date of Patient Visit
mmm dd yyyy

Protocol Number Institution Code

Form Week * Seq. No. ** Step No. Key Operator Code

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE: Estas preguntas estan diseñadas para saber más acerca de cómo cree que sus medicamentos están afectando la forma como usted se ve o se siente. No hay respuestas correctas ni incorrectas para estas preguntas; simplemente contéstelas de acuerdo con lo que corresponda a su situación.

1. Pensando en su peso de ahora, usted cree que está: *(Marque una casilla.)*

Muy Bajo de Peso	Un Tanto Bajo de Peso	Mi Peso Es el Correcto	Un Tanto por Encima de mi Peso Correcto	Muy por Encima de mi Peso Correcto	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1	2	3	4	5	

2. Cuando piensa en lo que pesa ahora y en lo que pesaba antes de empezar a tomar los medicamentos del estudio, ¿se siente más preocupado o menos preocupado de su peso? *(Marque una casilla.)*

Mucho Más Preocupado	Un Poco Más Preocupado	No Hay Diferencia	Un Poco Menos Preocupado	Mucho Menos Preocupado	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1	2	3	4	5	

3. Los siguientes enunciados se refieren a su apariencia. Piense en cómo se veía antes de empezar a tomar los medicamentos del estudio y en cómo se ve ahora. ¿Cree usted que su apariencia ha cambiado desde que empezó el tratamiento del estudio? *(Marque una casilla.)*

Por favor marque una casilla en cada pregunta.

	Mucho Menos/ Mucho Más	Un Poco Menos/ Un Poco Más	No Ha Cambiado	Un Poco Más/ Un Poco Más	Mucho Más/ Mucho Más	<input type="checkbox"/>
	Pequeño(a)	Pequeño(a)		Grande	Grande	

a. He notado cambio en la gordura de mia cara.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
b. He notado cambio en la gordura de atrás de mi cuello o entre mis hombros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
c. He notado cambio en el tamaño de mis piernas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
d. He notado cambio en el tamaño de mi estómago.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
e. He notado un cambio en el tamaño de mis senos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
f. He notado un cambio en el tamaño de mis nalgas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

Language: Spanish

09-18-98 Date Form Keyed (DO NOT KEY): _____ / _____ / _____