

ACTG ABBREVIATED ADHERENCE MODULE
 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

* Enter a "1" if this is the first of this form for this date. Designate subsequent forms on 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.

FOR OFFICE USE ONLY - TEAR OFF SHEET

INSTRUCTIONS TO THE STUDY NURSE:

The ACTG ABBREVIATED ADHERENCE MODULE 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 to read at the sixth-grade level at a minimum 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 subject:

"Quisiéramos que usted contestara algunas preguntas sobre su cuidado médico, su salud y sus medicamentos. Sus respuestas nos ayudarán a entender los efectos de los medicamentos que usted toma. Le agradecemos mucho que usted complete este cuestionario."

You should then briefly go over the format of the questions and how to complete them. Have the subject complete the questionnaire before vital signs, history, and physical are completed.

The questionnaire is very brief and should take no more than 10 minutes to complete. Before giving the subject the questionnaire, please fill out the header(s) and DETACH THIS PAGE.

Each question is in the same general format and contains several items. Note that the subject is always asked to make an "X" or a "✓" in the box that comes closest to how he/she has been feeling. Drug names and abbreviations of the most common anti-HIV drugs have been included on the worksheet for reference and use.

For data keying, if the subject did not answer a question, enter "-1." Do not leave any fields blank.

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

1. How was the questionnaire completed?
- 1-Self administered by the study subject
 - 2-Face-to-face interview that you conducted
 - 3-Both self-administered and interview
 - 4-Not completed
 - 9-Other, specify

If Other, specify [30]: _____

a. If you answered "4-Not completed," please indicate the reason why :

- 1-Subject refused
- 2-Subject missed clinic visit
- 3-There was not enough time
- 9-Other reason, specify

If Other, specify [30]: _____



ACTG ABBREVIATED ADHERENCE MODULE
 NIAID PEDIATRIC AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

Patient Number	<input type="text"/>	<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"/>
						mmm	dd	yyyy	
Protocol Number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Institution Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Form Week	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	* Seq. No.	<input type="text"/>	** Step No.	<input type="text"/>	Key Operator Code	<input type="text"/>

* Enter a "1" if this is the first of this form for this date. Designate subsequent forms on 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.

A. 1. ¿Usted está tomando ahora cualquier medicamento contra el VIH? 1 Sí 2 No

*Si la respuesta es No, NO SIGA.
 Si la respuesta es Sí, continúe.*

2. La sección que sigue del cuestionario le pregunta sobre los medicamentos que usted tomó durante los últimos cuatro días. Por favor complete la tabla que sigue llenando las respectivas casillas. Los códigos de los medicamentos y las abreviaciones de los medicamentos contra el VIH más comunes han sido incluidos para su referencia y uso en la parte de la página. La mayoría de las personas con el VIH tiene muchas píldoras o tabletas para tomar a distintas horas durante el día.

Muchas personas encuentran que es difícil recordar siempre las píldoras:

- Algunas personas están ocupadas y olvidan llevar sus píldoras.
- Algunas personas encuentran que es difícil tomarse las píldoras siguiendo todas las instrucciones, tales como "con las comidas", "con el estómago vacío," "cada 8 horas," "con líquidos abundantes."
- Algunas personas deciden no tomar píldoras para evitar efectos secundarios o simplemente para no tomar píldoras ese día.

Nosotros necesitamos entender lo que las personas con el VIH están haciendo en la realidad con sus píldoras. Por favor díganos lo que usted está actualmente haciendo. No se preocupe por tener que decirnos que usted no se toma todas sus píldoras. Nosotros necesitamos saber lo que está sucediendo realmente, no lo que usted piensa que "queremos oír."

La sección que sigue del cuestionario pregunta acerca de los medicamentos del estudio que usted pudo haber **dejado de tomar** durante los últimos cuatro días. Por favor complete la tabla que sigue, usando un renglón para cada medicamento del estudio que usted está tomando y usando las abreviaciones que se dan en esta página. **Si usted no dejó de tomar ninguna dosis, escriba cero (0) en la casilla. Tenga en cuenta que en la tabla se pregunta de DOSIS, no de PÍLDORAS.**



Pt. No. * Seq. No. **Step No. Date
 mmm dd yyyy

SI USTED TOMÓ SÓLO UNA PORCIÓN DE UNA DOSIS EN UNO O MÁS DE ÉSTOS DIAS, POR FAVOR REPORTE LA DOSIS COMO DEJADA DE TOMAR.

Paso 1 Abreviación/ Nombre de su Medicamento	Número de dosis recetadas por día	¿CUÁNTAS DOSIS DEJO DE TOMAR USTED...?			
		Paso 2 Ayer	Paso 3 Anteayer (hace 2 días)	Paso 4 Hace 3 días	Paso 5 Hace 4 días
	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis
	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis
	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis
	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis
	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis
	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis
	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis

Anti-HIV Drugs for Protocol 00000.	
Abacavir/ABC/Ziagen/1592U89	FTC/coviracil/emtricitabine
Alovidine/CL-184824	GW433908
Amprenavir/APV/Agenerase/141W94/NX-479	Indinavir/IDV/Crixivan
Atazanavir/ATV/BMS-232632	Interleukin-2/IL-2
Ateviridine mesylate U-87201E	Lamivudine/3TC/Epivir
Azidouridine/Azdu/azido-2',3'-dideoxyuridine	Lopinavir/Ritonavir (LPV/RTV)/Kaletra ABT-378/r
AZT/ZDV/Zidovudine/Retrovir	Loviride/Lotrene
CD4/RST4	Nelfinavir/NFV/Viracept
Combivir (3TC/ZDV)	Nevirapine/NVP/Viramune
d4T/Stavudine/Zerit	Ritonavir/RTV/Norvir
ddC/Zalcitabine/HIVID	Saquinavir soft gel/FTV/Fortovase
ddI/Didanosine/Videx	Saquinavir (HGC)/SQV/Invirase/R031-8959
DLV/delavirdine mesylate/Rescriptor	T-20/pentafuside
Efavirenz/EFV/Sustiva/DMP266	TDF/Tenofovir/Tenofovir disoproxil fumarate/Viread
Fluorouridine/935U83	Trizivir (3TC/ABC/ZDV)



ACTG ABBREVIATED ADHERENCE MODULE

Pt. No. * Seq. No. **Step No. Date
mmm dd yyyy

INSTRUCCIONES: Marque un "✓" en la casilla correspondiente. Por favor, marque una casilla en cada pregunta.

B. Es necesario tomar la mayoría de los medicamentos siguiendo un horario, como por ejemplo, "2 veces al día", "3 veces al día" o "cada 8 hora. ¿Qué tan de cerca siguió usted su horario específico durante los últimos cuatro días?

	Nunca	Algunas veces	Cerca de la mitad de las veces	La mayoría de las veces	Todas las veces	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	

C. ¿Alguno de sus medicamentos tiene instrucciones especiales, como por ejemplo, "tómese con comida", "tómese con el estómago vacío" o "tómese con líquidos abundantes"?

Si **No**

Si la respuesta es No, continúe en la letra G.
Si la respuesta es Si, ¿Con qué frecuencia siguió usted esas instucciones especiales durante los últimos cuatro días?

	Nunca	Algunas veces	Cerca de la mitad de las veces	La mayoría de las veces	Todas las veces	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	

D. Algunas personas encuentran que se olvidan de tomar sus píldoras los días de fin de semana. ¿Usted dejó de tomar alguno de sus medicamentos el último fin de semana - el último sábado o el último domingo?

Si **No**

E. ¿Cuando fue la última vez que usted dejó de tomar alguno de sus medicamentos?

(Marque una casilla)

Durante la ultima semana	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace 1-2 semanas	4	<input type="checkbox"/>	
Hace 2-4 semanas	3	<input type="checkbox"/>	
Hace 1-3 meses	2	<input type="checkbox"/>	
Hace más de tres meses	1	<input type="checkbox"/>	
Nunca dejo de tomar medicamentos	0	<input type="checkbox"/>	

Idioma:
 Español

