

BASELINE SUBSTANCE USE SELF REPORT

NIAID 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"/>
					mmm	dd	yyyy		
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"/>	<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.

FOR OFFICE USE ONLY – DETACH THIS PAGE

INSTRUCTIONS TO THE STUDY NURSE:

The BASELINE SUBSTANCE USE SELF REPORT is confidential and should be given to the participant prior to the clinical exam and preferably in a quiet, secluded area (e.g., exam room or other office). The participant must be able to read at the sixth-grade level at a minimum to complete the questionnaire without additional assistance. A member of the clinic staff may assist the participant in reading the questionnaire, if the participant requests help, but must not record the answers.

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:

Este cuestionario contiene preguntas acerca del uso de bebidas alcohólicas y de drogas.

- Cuando termine, por favor ponga el cuestionario en el sobre y séllelo.
- El personal del estudio no verá sus respuestas. El sobre sellado será enviado por correo a los investigadores.
- Usted puede optar por no contestar alguna pregunta o todas las preguntas.
- Si usted no desea contestar una pregunta, por favor trace una línea sobre ésta.

You should then briefly go over the format of the questions and how to complete them. The questionnaire should take approximately 5 minutes to complete. Before giving the participant the questionnaire, please fill out the header on each page.

Each question is in the same general format and contains several items. Note that the participant is always asked to make a "✓" next to the appropriate category.

Labels have been provided for use in mailing the completed confidential questionnaire to the ACTG Data Management Center. Affix a label to an envelope and instruct the participant to place the completed questionnaire in the envelope, seal it and return it to you. Mail the sealed envelope to the ACTG Data Management Center:

ACTG DATA
 FSTRF
 4033 Maple Road
 Amherst, New York 14226

Questions 1 and 2 are completed and keyed by the clinic personnel.

1. Was the questionnaire given to the participant? (1-Yes, 2-No)
If No, complete 'a' and STOP.
- a. Specify reason: 1-Participant declined
 2-Not enough time to complete form in clinic
 9-Other, specify
- If Other, specify [30]:** _____
2. Was the sealed envelope returned to you for mailing? (1-Yes, 2-No)



BASELINE SUBSTANCE USE SELF REPORT

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

3. Por favor, marque "Sí" o "No" en cada pregunta:

a. ¿Ha usado usted alguna vez marihuana/hash/THC?..... Sí No
 Si la respuesta es No, pase a la pregunta 3b. 1 2

Si la respuesta es Sí, ¿con qué frecuencia ha usado usted esta droga en los últimos 30 días? *(Marque una casilla)*

Diariamente	5 ó 6 veces por semana	3 ó 4 veces por semana	1 ó 2 veces por semana	2 ó 3 veces por mes	1 vez al mes	Nunca	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	5	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>

b. ¿Ha usado usted alguna vez cocaína (crack, powder, freebase)?..... Sí No
 Si la respuesta es No, pase a la pregunta 3c. 1 2

Si la respuesta es Sí, ¿con qué frecuencia ha usado usted esta droga en los últimos 30 días? *(Marque una casilla)*

Diariamente	5 ó 6 veces por semana	3 ó 4 veces por semana	1 ó 2 veces por semana	2 ó 3 veces por mes	1 vez al mes	Nunca	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	5	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>

c. ¿Ha usado usted alguna vez heroína (smack)? Sí No
 Si la respuesta es No, pase a la pregunta 3d. 1 2

Si la respuesta es Sí, ¿con qué frecuencia ha usado usted esta droga en los últimos 30 días? *(Marque una casilla)*

Diariamente	5 ó 6 veces por semana	3 ó 4 veces por semana	1 ó 2 veces por semana	2 ó 3 veces por mes	1 vez al mes	Nunca	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	5	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>

d. ¿Ha usado usted alguna vez anfetaminas (speed)?..... Sí No
 Si la respuesta es No, pase a la pregunta 3e. 1 2

Si la respuesta es Sí, ¿con qué frecuencia ha usado usted esta droga en los últimos 30 días? *(Marque una casilla)*

Diariamente	5 ó 6 veces por semana	3 ó 4 veces por semana	1 ó 2 veces por semana	2 ó 3 veces por mes	1 vez al mes	Nunca	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	5	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>

e. ¿Ha usado usted alguna vez meta-anfetaminas (crystal meth, MDMA)? Sí No
 Si la respuesta es No, pase a la pregunta 3f. 1 2

Si la respuesta es Sí, ¿con qué frecuencia ha usado usted esta droga en los últimos 30 días? *(Marque una casilla)*

Diariamente	5 ó 6 veces por semana	3 ó 4 veces por semana	1 ó 2 veces por semana	2 ó 3 veces por mes	1 vez al mes	Nunca	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	5	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>



BASELINE SUBSTANCE USE SELF REPORT

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

f. ¿Ha usado usted alguna vez barbituratos (downers)?..... Sí No
 Si la respuesta es No, pase a la pregunta 3g. 1 2

Si la respuesta es Sí, ¿con qué frecuencia ha usado usted esta droga en los últimos 30 días? **(Marque una casilla)**

Diariamente	5 ó 6 veces por semana	3 ó 4 veces por semana	1 ó 2 veces por semana	2 ó 3 veces por mes	1 vez al mes	Nunca	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	5	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>

g. ¿Ha usado usted alguna vez cualquiera otra droga de la calle (Ecstasy, K)?..... Sí No
 Si la respuesta es No, pase a la pregunta 4. 1 2

Si la respuesta es Sí, ¿con qué frecuencia ha usado usted estas drogas en los últimos 30 días? **(Marque una casilla)**

Diariamente	5 ó 6 veces por semana	3 ó 4 veces por semana	1 ó 2 veces por semana	2 ó 3 veces por mes	1 vez al mes	Nunca	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	5	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>

4. ¿Ha usado usted alguna vez medicamentos de venta controlada, (codeína, Valium, Xanax, Oxycontin) sin contar con la receta médica respectiva?..... Sí No
 Si la respuesta es No, pase a la pregunta 5. 1 2

Si la respuesta es Sí, ¿con qué frecuencia ha usado usted estos medicamentos en los últimos 30 días? **(Marque una casilla)**

Diariamente	5 ó 6 veces por semana	3 ó 4 veces por semana	1 ó 2 veces por semana	2 ó 3 veces por mes	1 vez al mes	Nunca	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	5	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>

5. ¿Ha estado usted alguna vez en tratamiento con metadona? Sí No
1 2

6. ¿Está usted actualmente en tratamiento con metadona?..... Sí No
1 2

Language:
 Spanish

