

ASSESSMENT OF BODY CHANGE AND DISTRESS

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 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 their assessment of their body change and distress since they started taking HIV medications. **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 level 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:

"Estas preguntas están diseñadas para saber más acerca de cómo se ha sentido usted desde que empezó a tomar los medicamentos contra el HIV. Estas preguntas no tienen respuestas correctas ni incorrectas."

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]: _____



ASSESSMENT OF BODY CHANGE AND DISTRESS

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

8. En las últimas 4 semanas, los cambios en mi cuerpo me hicieron ...

(Por favor, marque una casilla en cada frase)

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Poquitas veces	Nunca	
a. ...sentirme frustrado porque la ropa no me queda bien.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
b. ...gastar más dinero del que quería en ropa.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
c. ...sentirme disgustado por no poder controlar mi cuerpo.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
d. ...sentir menos confianza en mí mismo.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
e. ...sentirme confundido sobre cómo alimentarme correctamente.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
f. ...sentirme confundido sobre qué tanto ejercicio debo hacer.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
g. ...sentir incomodidad o dolor.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
h. ...sentirme avergonzado de la forma como me veo.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
i. ...sentirme preocupado de que mi HIV está empeorando.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
j. ...sentirme disgustado de que la gente puede pensar que estoy enfermo.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
k. ...sentirme preocupado de que puedo morir.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>

12-15-00/04-17-01/05-01-02



ASSESSMENT OF BODY CHANGE AND DISTRESS

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

8. En las **últimas 4 semanas**, los cambios en mi cuerpo me hicieron ...

(Por favor, marque una casilla en cada frase)

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Poquitas veces	Nunca	
l. ...sentirme asustado de que la gente va a saber que tengo HIV.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
m. ...evitar estar alrededor de otras personas.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
n. ...sentirme menos atractivo para otras personas.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
o. ...sentirme solo y separado de otras personas.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
p. ...sentirme deprimido.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
q. ...sentirme disgustado por la forma como me veo.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
r. ...querer evitar hacer el amor o estar íntimamente con alguien.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
s. ...pensar en cambiar mis medicamentos contra el HIV.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
t. ...pensar en no tomar mis medicamentos contra el HIV.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>

Language:
Spanish

