

ADHERENCE BARRIERS FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE

NIAID AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

Patient Number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Date of Patient	<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"/>	Visit/Contact	mmm	dd	yyyy		
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.

FOR OFFICE USE ONLY - TEAR OFF SHEET

INSTRUCTIONS TO THE STUDY NURSE:

The ADHERENCE BARRIERS FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE should be given to the study participant prior to the clinical exam and preferably in a quiet secluded area (for example, exam room or other office). This questionnaire is designed for study participants who can read at the sixth-grade level; participants who have difficulty reading may need 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:

"Estamos tratando de comprender mejor qué factores hacen que sea más fácil o más difícil para usted tomar su medicamento anti-VIH. Por favor conteste todas las preguntas con sinceridad. No se le "juzgará" con base en sus respuestas. Si usted no desea responder una pregunta, por favor, trace una línea sobre dicha pregunta. Por favor, siéntase libre de preguntar si necesita explicación sobre alguna de las preguntas."

You should then briefly go over the format of the questions and how to complete them. Have the study participant complete the questionnaire before vital signs, history, and physical are completed. The questionnaire is very brief and should take no more than 3 minutes to complete. Before giving the study participant the questionnaire, please fill out the header(s) and DETACH THIS PAGE from the rest of the form.

Each question is in the same general format and contains several items. Note that the study participant is always asked to make a check (✓) in the box for each question where there are check boxes.

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

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

1. How was the questionnaire completed? 1-Self administered by the participant
 If "4- Not completed", complete 'a' and Stop. 2-Face-to-face interview
 3-Both self-administered and interview
 4-Not completed
 9-Other, specify

If Other, specify [70]: _____

- a. If "4-Not completed", indicate the reason and stop: 1-Participant refused
 2-There was not enough time
 9-Other reason, specify

If Other, specify [70]: _____

2. Enter the country code for the location of the clinic and the language used to complete the form. Refer to Appendix 80 for Country and Language Codes.

Country: Language:



ADHERENCE BARRIERS FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE

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

1. Continued

	<u>Nunca</u>	<u>Rara vez</u>	<u>A veces</u>	<u>A menudo</u>	
m. No tener suficiente comida para alimentarse (por ejemplo, para comer con sus pastillas)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
n. Preocupación de que el medicamento anti-VIH pudiera ser tan efectivo que lo llevara a perder la asistencia pública de carácter financiero?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
o. Miedo a la estigmatización o a ser objeto de discriminación fuera del hogar (por ejemplo, lo que otras personas pueden decir)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
p. Miedo a la estigmatización o a ser objeto de discriminación en el hogar (por ejemplo, no querer que el esposo, la esposa, o la pareja sepa)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
q. Que creyó que el medicamento anti-VIH era tóxico o perjudicial?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
r. Que sus píldoras se dañaron por el calor o por mojarse?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
s. Que usted estuvo demasiado enfermo para ir a las citas en la clínica a recoger su medicamento?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
t. Que usted se sintió deprimido o abrumado?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
u. Que usted no pensó que el medicamento realmente funcionara?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
v. Que sus sueños le molestaron?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
w. ¿Otra razón? Por favor, especifique a continuación.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>

Especifique [70]: _____

Muchas gracias por contestar este cuestionario.

