

**REPRODUCTIVE CHOICES**  
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"/>
				Visit/Contact	mmm	dd	yyyy	
Protocol Number	<input type="text"/>			Institution Code	<input type="text"/>			
Form Week	<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 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 REPRODUCTIVE CHOICES 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:

"Nos gustaría que usted respondiera a algunas preguntas acerca de los niños y los anticonceptivos. 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 1-2 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 subject 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? .....   
 If "4- Not completed", complete 'a' and Stop.
- 1-Self administered by the participant
  - 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:





**REPRODUCTIVE CHOICES**

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

**Métodos de Control de la natalidad**

4. Algunas formas de control de la natalidad pudieron haber ocurrido hace años, tales como un dispositivo intrauterino (DIU) que está actualmente en su lugar, o una cirugía que evita el embarazo. Indique si a usted o a su(s) pareja (s) le (s) hicieron alguno de los siguientes procedimientos para impedir el embarazo:

*(Marque TODOS los que sean aplicables)*

- a. Atadura de tubos, ligadura de trompas, histerectomía (cirugía de la mujer para prevenir el embarazo)
- b. Vasectomía (cirugía de los hombres para prevenir el embarazo)
- c. Un dispositivo intrauterino (DIU)

5. En los últimos 3 meses, indique si usted y su(s) pareja(s) ha(n) utilizado alguno de los siguientes métodos de control de la natalidad:

*(Marque TODOS los que sean aplicables)*

- a. Condones masculinos
- b. Condones femeninos
- c. Píldoras anticonceptivas
- d. Retiro, sacándolo
- e. Inyección de 3 meses, Depo-Provera
- f. Un diafragma
- g. Anticoncepción de emergencia (píldora del día siguiente, Plan B)
- h. Inyección mensual
- i. Parche hormonal semanal (Ortho-Evra)
- j. Espermicida
- k. Abstinencia (no tener relaciones sexuales con alguien del otro sexo)
- l. Ninguno
- m. Otros, por favor escríbalos aquí

[70]: \_\_\_\_\_

**Muchas gracias por contestar este cuestionario.**

