

**DEALING WITH ILLNESS**

NIAID ADULT 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"/> |
| Protocol Number | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                       | mmm                  | dd                   | yyyy                 |                      |                      |
| 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 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 things people might do to deal with being HIV+. 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:

"Nos gustaría que contestara algunas preguntas acerca de cómo maneja usted el hecho de ser HIV+. Le agradecemos mucho el que usted complete este cuestionario."

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 15 minutes to complete. Before giving the subject the questionnaire, please fill out the header.

The questionnaire asks the subject to check the best response for each question.

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]: \_\_\_\_\_



**DEALING WITH ILLNESS**

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

**INSTRUCCIONES AL SUJETO:** Estas preguntas están diseñadas para aprender más acerca de cómo maneja usted el hecho de ser HIV+. Estas preguntas no tienen respuestas correctas ni incorrectas.

Aquí tiene usted una lista de cosas que la gente puede hacer para manejar los problemas que tiene. ¿Cuáles de estas cosas ha hecho usted recientemente (durante el último mes o algo así) para que le ayuden a manejar el hecho de ser HIV+? Marque con un ("✓") en la casilla que muestra la frecuencia con que usted ha hecho cada cosa.

*Por favor, marque una casilla en cada pregunta.*

|   | Nunca                         | Raramente                     | Algunas veces                 | Frecuente-mente               | Siempre                       |                          |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 1. Tomé cada día por separado.  | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Acepté que tengo HIV, pero no que esto signifique que me pondré muy enfermo o que tendré SIDA.                 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hable con la gente, justamente para ser capaz de hablar del hecho de que soy HIV+.                             | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 | <input type="checkbox"/> |
| 4. Pensé acerca de cómo he llegado a ser una mejor persona desde que me enteré que era HIV+.                      | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 | <input type="checkbox"/> |
| 5. Visité a alguien (un amigo o un consejero) para obtener consejo sobre cómo puedo cambiar en todo lo que pueda. | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 | <input type="checkbox"/> |
| 6. Traté de encontrar a alguien, como a un médico, por ejemplo, para que hiciera algo por mi HIV.                 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 | <input type="checkbox"/> |
| 7. Pensé más acerca del significado de la vida.   | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 | <input type="checkbox"/> |
| 8. Confié más en Dios.  | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hablé con otras personas que son HIV+ también.   | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 | <input type="checkbox"/> |
| 10. Gocé las cosas de cada día más que antes.   | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 | <input type="checkbox"/> |
| 11. Hice cosas que me ayudan a ser una mejor persona.   | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 | <input type="checkbox"/> |



DEALING WITH ILLNESS

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

**Por favor, marque una casilla en cada pregunta.**

|   | Nunca                         | Raramente                     | Algunas veces                 | Frecuente-mente               | Siempre                       |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 12. Hice más ejercicio.   | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |
| 13. Hice cosas para relajarme más. Por ejemplo, pensé acerca de estar en un lugar placentero, un lugar tranquilo (IMAGENES), o me senté tranquilamente y pensé acerca de mi respiración (MEDITACION), o usé HIPNOSIS. | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |
| 14. Acepté el hecho de ser HIV+ y seguí adelante haciendo lo que tenía que hacer.   | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |
| 15. Traté de ser positivo.  | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |
| 16. Traté de entender cómo otras personas que son HIV+ piensan o se sienten.  | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |
| 17. Lloré, grité o reí en vez de reprimir mis sentimientos.   | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |
| 18. Traté de aprender más acerca del hecho de ser HIV+.   | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |
| 19. Pensé mucho sobre lo que es realmente importante para mí.   | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |
| 20. Hice algo "especial" para mí.   | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |
| 21. Traté de colaborar con mi médico para decidir lo que es mejor para mí.  | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |
| 22. Pensé sobre lo mejor que estoy en comparación con otras personas que son HIV+.  | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |

Language:  Spanish

