

MATERNAL BASELINE BEHAVIORAL SELF REPORT
 NIAID 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.

FOR OFFICE USE ONLY - TEAR OFF SHEET

INSTRUCTIONS TO THE STUDY NURSE:

The MATERNAL BASELINE BEHAVIORAL SELF REPORT is confidential and 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 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 subject in reading the questionnaire, if the subject 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 subjects.

At the first visit, please begin by telling the subject:

- El propósito de esta forma es el de aprender cómo las cosas pueden afectar su capacidad para tomar medicamentos o no.
- Por favor, conteste todas las preguntas honestamente. A usted "no se le juzgará" con base en sus respuestas.
- Si usted no desea contestar alguna pregunta, por favor trace una línea por encima de ésta.
- Por favor, pregunte si usted necesita explicación sobre alguna de las preguntas.

You should then briefly go over the format of the questions and how to complete them. The questionnaire should take about 10-15 minutes to complete, but the subject should feel free to take all the time they need. Before giving the subject the questionnaire, please fill out the header.

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

If the subject is participating in more than one AACTG/PACTG study where this form is required when the visits coincide, complete the co-enrolled study information located on page 2. Identify both the protocol number and the appropriate form week for each protocol in which the subject is participating. Complete and key page 1 for each co-enrolled study.

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 subject 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

1. Was the questionnaire given to the subject? (1-Yes, 2-No)
 If No, complete 'a' and STOP.

a. Specify reason:
 1-Subject 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)

MATERNAL BASELINE BEHAVIORAL SELF REPORT

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

6. Por favor marque "Sí" o "No" en respuesta a cada una de las siguientes preguntas:

a. ¿Usted ha usado marihuana/hash/THC?..... Sí No
 Si la respuesta es No, pase a la pregunta 6b.

¿Con qué frecuencia ha usado usted esta droga después de quedar embarazada? *(Marque una casilla)*

Diariamente	5 ó 6 veces a la semana	3 ó 4 veces a la semana	Una o dos veces a la semana	2 ó 3 veces al mes	Una 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"/>
6	5	4	3	2	1	0

b. ¿Usted ha usado alguna vez cocaína(en polvo, crack, freebase)?..... Sí No
 Si la respuesta es No, pase a la pregunta 6c.

¿Con qué frecuencia ha usado usted esta droga después de quedar embarazada? *(Marque una casilla)*

Diariamente	5 ó 6 veces a la semana	3 ó 4 veces a la semana	Una o dos veces a la semana	2 ó 3 veces al mes	Una 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"/>
6	5	4	3	2	1	0

c. ¿Usted ha usado heroína alguna vez?..... Sí No
 Si la respuesta es No, pase a la pregunta 6d.

¿Con qué frecuencia ha usado usted esta droga después de quedar embarazada? *(Marque una casilla)*

Diariamente	5 ó 6 veces a la semana	3 ó 4 veces a la semana	Una o dos veces a la semana	2 ó 3 veces al mes	Una 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"/>
6	5	4	3	2	1	0

d. ¿Usted ha usado anfetaminas (speed) alguna vez?..... Sí No
 Si la respuesta es No, pase a la pregunta 6e.

¿Con qué frecuencia ha usado usted esta droga después de quedar embarazada? *(Marque una casilla)*

Diariamente	5 ó 6 veces a la semana	3 ó 4 veces a la semana	Una o dos veces a la semana	2 ó 3 veces al mes	Una 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"/>
6	5	4	3	2	1	0

e. ¿Usted ha usado meta-anfetaminas(met en cristales, MDMA)alguna vez? Sí No
 Si la respuesta es No, pase a la pregunta 6f.

¿Con qué frecuencia ha usado usted esta droga después de quedar embarazada? *(Marque una casilla)*

Diariamente	5 ó 6 veces a la semana	3 ó 4 veces a la semana	Una o dos veces a la semana	2 ó 3 veces al mes	Una 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"/>
6	5	4	3	2	1	0

f. ¿Usted ha usado barbitúricos (downers) alguna vez?..... Sí No
 Si la respuesta es No, pase a la pregunta 6g.

¿Con qué frecuencia ha usado usted esta droga después de quedar embarazada? *(Marque una casilla)*

Diariamente	5 ó 6 veces a la semana	3 ó 4 veces a la semana	Una o dos veces a la semana	2 ó 3 veces al mes	Una 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"/>
6	5	4	3	2	1	0



MATERNAL BASELINE BEHAVIORAL SELF REPORT

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

6. Continuado. Por favor marque "Sí" o "No" en respuesta a cada una de las siguientes preguntas:

g. ¿Usted ha usado alguna otra droga de calle (ecstasy) alguna vez?..... Sí No
1 2

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 7.

Especifique qué otra droga [30]: _____

¿Con qué frecuencia ha usado usted esta droga después de quedar embarazada? **(Marque una casilla)**

Diariamente	5 ó 6 veces a la semana	3 ó 4 veces a la semana	Una o dos veces a la semana	2 ó 3 veces al mes	Una 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"/>
<small>6</small>	<small>5</small>	<small>4</small>	<small>3</small>	<small>2</small>	<small>1</small>	<small>0</small>

7. ¿Usted ha usado alguna vez drogas de uso controlado (codeína, valium, xanax), no formuladas por un médico? Sí No
1 2

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 8.

Especifique qué otra droga [30]: _____

¿Con qué frecuencia ha usado usted esta droga después de quedar embarazada? **(Marque una casilla)**

Diariamente	5 ó 6 veces a la semana	3 ó 4 veces a la semana	Una o dos veces a la semana	2 ó 3 veces al mes	Una 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"/>
<small>6</small>	<small>5</small>	<small>4</small>	<small>3</small>	<small>2</small>	<small>1</small>	<small>0</small>

8. ¿Usted está ahora en tratamiento con metadona? Sí No
1 2

9. ¿Usted ha estado en tratamiento con metadona alguna vez? Sí No
1 2

S
 Language: Spanish

