

MATERNAL BEHAVIORAL SELF REPORT
 NIAID 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"/>
					mmm	dd	yyyy	
Protocol Number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Institution Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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.

FOR OFFICE USE ONLY - TEAR OFF SHEET

INSTRUCTIONS TO THE STUDY NURSE:

The MATERNAL 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 BEHAVIORAL SELF REPORT

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

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

- a. ¿Usted ha usado marihuana/hash/THC después de la última cita? Si No
Si la respuesta es No, pase a la pregunta 5b.

Si ha usado esta droga, ¿con qué frecuencia lo ha hecho? *(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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	5	4	3	2	1

- b. ¿Usted ha usado cocaína(en polvo, crack, freebase) después de la última cita?..... Si No
Si la respuesta es No, pase a la pregunta 5c.

Si ha usado esta droga, ¿con qué frecuencia lo ha hecho? *(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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	5	4	3	2	1

- c. ¿Usted ha usado heroína después de la última cita?..... Si No
Si la respuesta es No, pase a la pregunta 5d.

Si ha usado esta droga, ¿con qué frecuencia lo ha hecho? *(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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	5	4	3	2	1

- d. ¿Usted ha usado anfetaminas (speed) después de la última cita?..... Si No
Si la respuesta es No, pase a la pregunta 5e.

Si ha usado esta droga, ¿con qué frecuencia lo ha hecho? *(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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	5	4	3	2	1

- e. ¿Usted ha usado meta-anfetaminas(met en cristales, MDMA)?..... Si No
Si la respuesta es No, pase a la pregunta 5f.

¿Con qué frecuencia ha usado esta droga después de la última cita? *(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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	5	4	3	2	1

- f. ¿Usted ha usado barbitúricos (downers)?..... Si No
Si la respuesta es No, pase a la pregunta 5g.

¿Con qué frecuencia ha usado esta droga después de la última cita? *(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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	5	4	3	2	1



MATERNAL BEHAVIORAL SELF REPORT

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

5. 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) después de la última cita? 1 Sí 2 No

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 6.

Especifique qué otra droga [30]: _____

Si ha usado esta droga, ¿con qué frecuencia lo ha hecho? *(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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	5	4	3	2	1

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

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

Especifique qué otra droga [30]: _____

¿Con qué frecuencia ha usado esta droga después de la última cita? *(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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	5	4	3	2	1

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

8. ¿Usted ha estado en tratamiento con metadona después de la última cita? 1 Sí 2 No

Language: S Spanish

