

SUPPLEMENTAL POSTPARTUM ADHERENCE QUESTIONNAIRE

NIAID AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

Page 1 of 4

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.

INSTRUCTIONS TO THE STUDY NURSE:

The SUPPLEMENTAL POSTPARTUM ADHERENCE QUESTIONNAIRE 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.

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 este formulario es el de saber acerca de influencias potenciales de adherencia al tratamiento.
- Por favor conteste las preguntas en la mejor forma posible, dado que nosotros trataremos de usar esta información para ayudarle a usted y a otros a que sean más exitosos en el uso de sus medicamentos.
- Si usted no desea contestar alguna pregunta, por favor trace una línea sobre esa pregunta. Si usted decide no contestar una pregunta, esto no afecta en ninguna forma su tratamiento.
- Por favor pregunte si usted necesita explicación de alguna pregunta.

You should then briefly go over the format of the questions and how to complete them. The questionnaire should take no more than 5 minutes to complete. 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.

Collect the completed questionnaire before the clinical exam. Before going on, review the questionnaire for omissions. If the subject missed any of the questions, point this out and encourage her to complete the omissions.

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 SUBJECT COMPLETES THE QUESTIONNAIRE OR AFTER YOU ASCERTAIN THAT THIS IS NOT POSSIBLE:

1. How was the questionnaire completed?
- 1-Self administered by the study subject
 - 2-Face-to-face interview that you conducted
 - 3-Both self-administered and interview
 - 4-Not completed
 - 9-Other specify

If Other, specify [30]: _____

- a. If "4-Not completed," indicate the reason:
- 1-Subject refused
 - 2-Subject missed clinic visit
 - 3-There was not enough time
 - 9-Other reason, specify

If Other, specify [30]: _____



SUPPLEMENTAL POSTPARTUM ADHERENCE QUESTIONNAIRE

NIAID ADULT AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

Page 2 of 4

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"/>
					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"/>	<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"/>

INSTRUCCIONES:

Por favor conteste las preguntas que siguen, escribiendo un "✓" en la casilla respectiva, para indicar qué tanto está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas.

(Marque una casilla)

	Muy en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Muy de acuerdo	No sé	No es aplicable	
1. Los medicamentos contra el HIV que usted está tomando mejoran su salud.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
2. Si usted no se toma los medicamentos contra el HIV como se lo han indicado, los medicamentos no van a producir los resultados deseados.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/>
3. Sus amigos y familiares le ayudan a recordar que tiene que tomar sus medicamentos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
4. Sus amigos y familiares le dan apoyo.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
5. Su acompañante le da apoyo.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
6. Usted cree que entiende bastante bien la enfermedad del HIV.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/>
7. Usted entiende bien los efectos de los medicamentos contra el HIV.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/>



SUPPLEMENTAL POSTPARTUM ADHERENCE QUESTIONNAIRE Page 3 of 4

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

Las personas pueden dejar de tomar sus medicamentos contra el HIV por varias razones. Aquí se da una lista de razones posibles por las cuales usted pudo haber dejado de tomar alguno de los medicamentos contra el HIV. Si alguna de las razones dadas no es aplicable a su caso, marque Nunca.

8. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha dejado de tomar sus medicamentos debido a que usted:

(Marque una casilla)

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Con frecuencia	
a. estaba fuera de la casa?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
b. estaba ocupada con otras cosas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
c. olvidó simplemente?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
d. tenía muchas píldoras para tomar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
e. quería evitar efectos secundarios?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
f. no quería que otros se enteraran de que usted está tomando medicamentos?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
g. tuvo un cambio en su rutina diaria?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
h. tuvo la inquietud de que el medicamento contra el HIV era nocivo para usted?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
i. se durmió/durmió durante el tiempo de tomar la dosis?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
j. se sintió enferma o indispuesta?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
k. se sintió deprimida/abrumada?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
l. se le acabaron las píldoras?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
m. se sintió saludable y pensó que no los necesitaba?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
n. se sintió abrumada por tener que cuidar a otros familiares?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
o. tuvo dificultad para pagar por los medicamentos contra el HIV?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
p. se le refundieron o le robaron sus medicamentos?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
q. Confundió el horario de los medicamentos del bebé con su propio horario de medicamentos?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>

9. De todas las opciones anteriores (a-q), ¿cuál fue la razón MAS IMPORTANTE por la cual usted no se tomó su medicamento?



SUPPLEMENTAL POSTPARTUM ADHERENCE QUESTIONNAIRE Page 4 of 4

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

10. Durante **los últimos 30 días**, ¿usted ha usado alguno de los siguientes medios para ayudarle a recordar que tiene que tomar sus medicamentos contra el HIV?

	¿Lo usó?		Si lo usó, ¿fue útil?		
	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
a. Empaques de las píldoras:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Beepers:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Timers/relojes de pulso programables:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Haciendo la conexión entre la toma de medicamentos contra el HIV y actividades rutinarias (comidas, cepillarse los dientes, etc.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Contacto telefónico con personal del estudio:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Otro, especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especifique [30]: _____

Language:
Spanish

