

**ADHERENCE INTERVIEW**  
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"/>	<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"/>	*Seq No.	<input type="text"/>	**Step No.	<input type="text"/>	Key Operator Code	<input type="text"/>	<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**

1. Was the questionnaire conducted as a face-to-face interview? ..... (1-Yes, 2-No)
- If Yes**, go to question 2.  
**If No**, continue.
- a. If No, please indicate the reason why :.....
- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>If 1, 2 or 3</b> , STOP.           | 1-Study participant refused                  |
| <b>If 4</b> , go to question 2.       | 2-Study participant missed clinic visit      |
| <b>If 9</b> , complete 'a1' and STOP. | 3-There was not enough time                  |
|                                       | 4-Self-administered by the study participant |
|                                       | 9-Other reason, specify                      |

a1. **If 9-Other reason**, specify [30]: \_\_\_\_\_

2. Indicate the language used to conduct the interview or self-administer the form [30]: \_\_\_\_\_



**ADHERENCE INTERVIEW**

Page 2 of 5

Patient Number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Date of Patient Visit/Contact	<input type="text"/>					
						mmm	dd	yyyy			
Protocol Number	<b>A</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>						
Form Week	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	* Seq. No.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	** Step No.	<input type="text"/>	<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.

**INSTRUCCIONES PARA LOS EMPLEADOS DEL LUGAR:**

- Por favor marque una casilla en cada pregunta que tenga casillas para marcar.
- En la pregunta 3, escriba el nombre o la abreviatura de cada medicamento de la lista que se da más adelante, que el participante en el estudio esté tomando. Para cada medicamento, escriba el número de dosis recetadas que el participante en el estudio se supone debe estar tomando cada día. En las otras columnas, escriba el número de dosis dejadas de tomar en cada período listado.

1. ¿Usted está tomando en la actualidad algún medicamento anti-VIH?  Sí  No

*For Protocol A0000: Are you currently taking any anti-HIV medications and/or TB medications?*

**Si la respuesta es No, PARE AQUÍ.  
Si la respuesta es Sí, continúe.**

2. ¿Cuándo fue la última vez que usted dejó de tomar alguno de sus medicamentos?
- |   |   |                          |                          |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| Durante la última semana                                | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hace de 1 a 2 semanas                                   | 4 | <input type="checkbox"/> |                          |
| Hace de 2 a 4 semanas                                   | 3 | <input type="checkbox"/> |                          |
| Hace de 1 a 3 meses                                     | 2 | <input type="checkbox"/> |                          |
| Hace más de 3 meses                                     | 1 | <input type="checkbox"/> |                          |
| Nunca dejé de tomar los medicamentos<br>o no pertinente | 0 | <input type="checkbox"/> |                          |



**ADHERENCE INTERVIEW**

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

En la sección que sigue del cuestionario se hacen preguntas acerca de los medicamentos del estudio que usted pudo haber dejado de tomar durante los **últimos tres días** y durante las **últimas dos semanas**. Usando las abreviaturas provistas de los medicamentos, por favor complete la tabla de la página que sigue usando un renglón para cada medicamento del estudio que usted esté tomando.

3. ¿Cuántas dosis dejó de tomar?

Si usted NO ha dejado de tomar ningún medicamento durante el último mes, por favor marque esta casilla y PARE AQUÍ.: .....    
 1

Si usted no dejó de tomar ninguna dosis de su medicamento anti-VIH, escriba cero (0) en la casilla. Tenga en cuenta que la tabla le pide información de DOSIS, no de PILDORAS (TABLETAS).

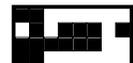
Si usted tomó sólo una porción de una dosis en uno o más de estos días, por favor informe que dejó de tomar la dosis o las dosis.

Abreviatura/ Nombre de sus medicamentos [30]	Número de dosis recetadas por día	Número de dosis recetadas dejadas de tomar ayer	Número de dosis recetadas dejadas de tomar <i>antier</i> (hace 2 días)	Número de dosis recetadas dejadas de tomar (hace 3 días)	Número de dosis recetadas dejadas de tomar (últimas 2 semanas)
	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> <input type="text"/> dosis
	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> <input type="text"/> dosis
	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> <input type="text"/> dosis
	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> <input type="text"/> dosis
	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> <input type="text"/> dosis
	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> <input type="text"/> dosis
	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> dosis	<input type="text"/> <input type="text"/> dosis

**Medicamentos Anti- VIH for Protocol A0000:**

**TB Regimen for Protocol A0000:**

A Rifampin (RIF) based TB regimen according to World Health Organization (WHO) treatment guidelines and in-country National Treatment Guidelines.



**ADHERENCE INTERVIEW**

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

Las preguntas que siguen se refieren al regimen del estudio de la página 3.

**For Protocol A0000: The following questions refer to anti-HIV drugs and TB regimen.**

4. Durante los últimos 4 días, ¿cuántos días ha dejado usted de tomar **todas sus dosis**?

Ninguno	0	<input type="checkbox"/>	
Un día	1	<input type="checkbox"/>	
Dos días	2	<input type="checkbox"/>	
Tres días	3	<input type="checkbox"/>	
Cuatro días	4	<input type="checkbox"/>	

5. Algunas personas encuentran que olvidan tomarse sus píldoras los días del fin de semana.  
 ¿Usted dejó de tomarse alguno de los medicamentos del estudio el último sábado o domingo?

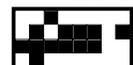
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<small>1</small>	<small>2</small>	

Las personas pueden dejar de tomar sus medicamentos por distintas razones. Esta es una lista de razones posibles por las cuales usted pudo haber dejado de tomar cualquier medicamento durante el último mes.

6. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia usted **ha dejado de tomar sus medicamentos** debido a:

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

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Con frecuencia	
a. que ha querido evitar los efectos secundarios?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
b. que no ha podido seguir las instrucciones de la dieta alimenticia?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
c. que ha compartido ART con otros miembros de la familia y amigos?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
d. creencias religiosas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
e. que no ha entendido completamente el régimen y sus requisitos?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
f. viajes fuera de su hogar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
g. problemas de transporte para llegar a la clínica?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
h. pérdida de las píldoras?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>



**ADHERENCE INTERVIEW**

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

6. Continued...

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

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Con frecuencia	
i. que ha tenido muchas píldoras?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
j. que ha tenido una mala experiencia y usted ha pensado que está relacionada con la toma de las píldoras?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
k. que se le olvidó?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
l. que 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. que ha estado ocupado haciendo otras cosas (por ejemplo, trabajando, tratando de sobrevivir, obteniendo comida)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
n. que se ha sentido cansado de tomar tantas píldoras?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
o. que se han presentado otras enfermedades o problemas de salud?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
p. estigmatización (lo que otros pueden decir o descubrir respecto de su enfermedad) por personas de fuera de la familia?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
q. el miedo de la estigmatización dentro del hogar (por ejemplo, no querer que el esposo o la esposa sepa)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
r. que las píldoras se dañaron por el calor o porque se mojaron?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
s. que estaba muy enfermo para ir a la clínica a recoger los medicamentos?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
t. que le robaron las píldoras (por ejemplo, mientras viajaba en un taxi, un autobús o un tren)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
u. que tenía que levantarse muy temprano para ir al trabajo y no tenía tiempo para comer?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
v. que pensaba que los medicamentos no eran efectivos?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
w. que le molestaban sus sueños?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
x. otra razón?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>

Especifique [30]: \_\_\_\_\_

**Muchas gracias por completar este cuestionario.**

