

ADHERENCE BARRIERS QUESTIONNAIRE

NIAID AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

Patient Number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Date of Patient Visit/Contact	<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"/>	Institution Code	<input type="text"/>	<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"/>	<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 ADHERENCE BARRIERS QUESTIONNAIRE should be given to the study participant prior to the clinical exam and preferably in a quiet secluded area (for example, exam room or other office). This questionnaire is designed for study participants who can read at the sixth-grade level; participants who have difficulty reading may need 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:

"Estamos tratando de comprender mejor los factores que les facilitan o dificultan tomar sus medicamentos contra el VIH. Por favor responda todas las preguntas honestamente; no se le "criticará" debido a sus respuestas. Si no desea contestar alguna pregunta, por favor táchela. Siéntase en libertad de pedir ayuda si necesita que se le explique cualquiera de las preguntas."

You should then briefly go over the format of the questions and how to complete them. Have the study participant complete the questionnaire before vital signs, history, and physical are completed. The questionnaire is very brief and should take no more than 5 minutes to complete. Before giving the study participant the questionnaire, please fill out the header(s) and DETACH THIS PAGE from the rest of the form.

Each question is in the same general format and contains several items. Note that the study participant is always asked to make a check (✓) in the box for each question where there are check boxes.

For data keying, if the study participant did not answer a question, enter "-1." Do not leave any fields blank.

PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING ITEMS AFTER THE PARTICIPANT COMPLETES THE QUESTIONNAIRE OR AFTER YOU ASCERTAIN THAT THIS IS NOT POSSIBLE:

1. How was the questionnaire completed?
 If "4- Not completed", complete 'a' and Stop.
- 1-Self administered by the study participant
 - 2-Face-to-face interview
 - 3-Both self-administered and interview
 - 4-Not completed
 - 9-Other, specify

If Other, specify [70]: _____

- a. If "4-Not completed", indicate the reason and stop:
- 1-Participant declined
 - 2-There was not enough time
 - 9-Other reason, specify

If Other, specify [70]: _____

2. Enter the country code for the location of the clinic and the language used to complete the form. Refer to Appendix 80 for Country and Language Codes.

Country: Language:



ADHERENCE BARRIERS QUESTIONNAIRE
NIAID AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

Patient Number Date of Patient Visit/Contact
 mmm dd yyyy
 Protocol Number **A** Institution Code
 Form Week * Seq. No. ** Step No. Key Operator Code

Por favor, marque una casilla en cada pregunta en que hay casillas para llenar. Si usted no desea contestar una pregunta, por favor, trace una línea sobre dicha pregunta.

1. ¿Qué tan seguro está usted de que:

Por favor, marque una casilla en cada pregunta.

	No estoy seguro	Un poco seguro	Muy seguro	Completamente seguro	
a. Usted será capaz de tomarse toda o la mayor parte de su medicamento anti-VIH en la forma indicada?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
b. El medicamento anti-VIH tendrá un efecto positivo en su salud?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
c. Si usted no se toma su medicamento anti-VIH exactamente en la forma indicada, el VIH en su organismo se volverá resistente a este medicamento?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>

Las personas pueden olvidarse de tomar su medicamento anti-VIH por diferentes razones. Esta es una lista de las posibles razones por las cuales usted pudo haber dejado de tomar su medicamento anti-VIH.

Si usted nunca se ha tomado su medicamento anti-VIH, pase a la pregunta 8.

2. Durante el último mes, ¿le han recetado a usted algún medicamento anti-VIH? Sí No → PARE AQUÍ.

Continúe con las preguntas.

Por favor, marque una casilla en cada pregunta.

En el último mes, ¿con qué frecuencia usted dejó de tomarse su medicamento debido a:

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	
a. Que quería 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 tenía que compartir el medicamento anti-VIH 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"/>
c. Creencias religiosas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
d. No comprender plenamente el medicamento anti-VIH y las indicaciones?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
e. Viajes lejos del hogar (por ejemplo, al trabajo, a visitar familiares, a visitar amigos)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
f. 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"/>
g. Pérdida o robo de pastillas (por ejemplo, mientras se transportaba en un taxi, autobús, tren, o carro)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>



ADHERENCE BARRIERS QUESTIONNAIRE

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

2. Continued

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	
h. Que tenía que tomar demasiadas pastillas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
i. Que usted tuvo una mala experiencia, que usted creyó estaba 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"/>
j. Que se le olvidó?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
k. Que se le acabaron las pastillas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
l. Que estaba ocupado haciendo otras cosas (por ejemplo, trabajando, tratando de sobrevivir, consiguiendo alimento)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
m. No tener suficiente comida para alimentarse (por ejemplo, para comer con sus pastillas)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
n. Preocupación de que el medicamento anti-VIH pudiera ser tan efectivo que lo llevara a perder la asistencia pública de carácter financiero?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
o. Miedo a la estigmatización o a ser objeto de discriminación fuera del hogar (por ejemplo, lo que otras personas pueden decir)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
p. Miedo a la estigmatización o a ser objeto de discriminación en el hogar (por ejemplo, no querer que el esposo, la esposa, o la pareja sepa)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
q. Que creyó que el medicamento anti-VIH era tóxico o perjudicial?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
r. Que sus píldoras se dañaron por el calor o por mojarse?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
s. Que usted estuvo demasiado enfermo para ir a las citas en la clínica a recoger su medicamento?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
t. Que usted se sintió deprimido o abrumado?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
u. Que usted no pensó que el medicamento realmente funcionara?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
v. Que sus sueños le molestaron?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
w. ¿Otra razón? Por favor, especifique a continuación.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>

Especifique [70]: _____

Muchas gracias por contestar este cuestionario.

