



HPTN 052 (096)

ITA-1 (160)

   

Visit Code

1

Page 1 of 3

Index ID

   -    - 0 0 - 

Site Number

Index Number

Partner

Chk

Index Treatment Adherence

Visit Date

     

dd

MMM

yy

**Instructions:** This is an interviewer-administered form. It is completed at every follow-up visit for index participants on ART. Prior to the participant's arrival, record all medications and medication code(s) in the participant's current regimen.

१. आता मी तुम्हाला लिहून दिलेल्या अभ्यासातील औषध इऔषधेउ आणि जर तुम्ही काही मात्रा काल, २ दिवसात मागील २ आठवड्यात किंवा गेल्या ३० दिवसात घेण्याचे चुकविले आहे का याबद्दल विचारणार आहे. ह्या मात्रापैकी १ किंवा अधिक दिवसांत जर तुम्ही मात्रेचा काही भागच घेतला असेल तर ती किंवा त्या मात्रा चुकविल्या असे नमूद करा?

Med code	तुमच्या औषधांचे संक्षिप्त स्वरूप / नाव	प्रत्येक दिवसाच्या मात्रांची संख्या	काल चुकविलेल्या मात्रांची संख्या	२ दिवसात चुकविलेल्या मात्रांची संख्या	मागील दोन आठवड्यात चुकविलेल्या मात्रांची संख्या	गेल्या ३० दिवसात चुकविलेल्या मात्रांची संख्या
1a.	<input type="text"/> <input type="text"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1b.	<input type="text"/> <input type="text"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1c.	<input type="text"/> <input type="text"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1d.	<input type="text"/> <input type="text"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1e.	<input type="text"/> <input type="text"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

2. गेल्या ३० दिवसात तुम्ही तुमचे कोणतेही औषध घेणे शेतचे केव्हा चुकविले होते?

**Show Card #11.**

- मागील आठवड्यात  
 १ ते २ आठवड्यात  
 २ त ४ आठवड्यात

१ ते ३ महिन्यात  
**NO LONGER APPLICABLE  
 FOR THIS PROTOCOL.**  
 ३ वर्षांपेक्षा जास्त

- कधीही औषधे चुकविली नाही किंवा लागू नाही

16-JAN-13

1 4

Language

Staff Initials / Date

---

## Index Treatment Adherence (ITA-1)

### Item-specific Instructions:

- **Item 1:** A dose is the number of times a participant takes one or more pills per day within a 24-hour time period (e.g., two pills every 8 hours equals 3 doses per day). Record “0” or “00” if a dose was not missed.
- **Medication Code:** Refer to Atlas for the most current Medication Code List. *Note: During the study, this medication code list may be updated as new ARTs become available. Existing codes will not change, but new codes may be added. Please refer to the SSP appendices for medication code additions. If a drug used at your site is not listed, contact the SCHARP Project Manager for a new code.*



HPTN 052 (096)

ITA-2 (162)

   

Visit Code

1

Page 2 of 3

## Index ID

   -    - 0 0 - 

Site Number

Index Number

Partner

Chk

## Index Treatment Adherence

The following questions pertain to the study medications on page 1.

3. मागील ४ दिवसात तुम्ही किती दिवस तुमच्या सर्व मात्रा घेण्याचे चुकविले होते?

- कधीही नाही  
 १ दिवस  
 २ दिवस  
 ३ दिवस  
 ४ दिवस

4. काही लोकांच्या लक्षात येते की ते आठवड्याच्या शेवटच्या दिवसांत त्यांच्या गोळ्या घेण्यास विसरतात .  
 मागील शनिवारी किंवा रविवारी तुम्ही तुमची अभ्यासातील कुठलेही औषध घेण्यास चुकलात का? ...  होय  नाही

5. तुम्ही **NO LONGER APPLICABLE FOR THIS PROTOCOL.** औषध घेतली होती का? .....

6. मागील महिन्यात किती वेळा तुम्ही तुमची औषधे घेण्यास चुकलात कारण तुम्ही : (प्रत्येक उपप्रश्नासाठी एका चौकटीत खुण करा)

**Show Card #12.**

	कधीच नाही	क्वचितच	केव्हातरी	ब-याचदा
6a. दुष्परिणाम टाळायचे होते? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6b. आहारासंबंधीच्या सूचना पाळू शकले नाहीत? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6c. कुटुंबातील इतर सदस्यांबरोबर आणि मित्रांबरोबर HIV विरोधी औषधे वाटून घेतलीत?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6d. औषधाच्या उपचार पध्दती व त्याच्या गरजा पूर्णपणे न समजल्याने? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6e. धार्मिक समजुती? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6f. घरापासून दूर प्रवास? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6g. दवाखान्यात येण्यासाठी परिवहनाच्या अडचणी? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6h. गोळ्या हरविल्या? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6i. खूप गोळ्या होत्या? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16-JAN-13

1 4

Language

Staff Initials / Date

---

## **Index Treatment Adherence (ITA-2)**

No specific instructions.

Version 4.0, 16-JAN-13

N:\hivnet\forms\PTN\_052\forms\p052\_full\_study\_translations\marathi\_14\p052\_index\_adherence\_marathi.fm



HPTN 052 (096)

ITA-3 (163)



Visit Code

1

Page 3 of 3

## Index ID

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Site Number	Index Number		Partner	0	0	Chk			

## Index Treatment Adherence

## 6. मागील महिन्यात किती वेळा तुम्ही तुमची औषधे घेण्यास चुकलात कारण तुम्ही : पुढे सुरु

	कधीच नाही	क्वचितच	केव्हातरी	व-याचदा
6j. काही वार्डट प्रसंग घडला जो गोळ्या घेण्याशी निगडीत आहे असे तुम्हाला वाटले? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6k. विसरलात? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6l. गोळ्या संपल्या?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6m. इतर कामांमध्ये व्यस्त (उदा . कामामुळे, जगण्याचा प्रयत्न, अन्न मिळवणे)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6n. खूप गोळ्या घेण्याचा कंटाळा आला?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6o. इतर आजार किंवा आरोग्याच्या अडचणी मध्ये आल्या का?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6p. कुटुंबाबाहेरील लोकांकडून कलंकित होणे? (इतर लोक माझ्या आजाराबद्दल काय म्हणतील किंवा समजतील)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6q. घरामध्ये कलंकित होण्याची भीती? (उदा . पती किंवा पत्नीस कळू नये म्हणून)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6r. गोळ्या उष्णतेमुळे किंवा ओल्या झाल्यामुळे खराब झाल्या? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6s. खूप आजारी असल्यामुळे औषधे घेण्यासाठी दवाखान्यात हजर होणे अशक्य झाले?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6t. गोळ्या चोरीला गेल्या उदा . बस, टॅक्सी, ट्रेनचा प्रवास करत असताना? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6u. कामावर जाण्यासाठी खूप लवकर उठावे लागते आणि खाण्यासाठी वेळ नाही? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6v. त्या खर्च काम करतील असे वाटले नाही का?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6w. तुमच्या स्वप्नांमुळे काळजी वाटली? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6x. इतर, स्पष्ट करा : स्थानिक भाषा?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

इंग्लिश . \_\_\_\_\_

    16-JAN-13

1	4
---	---

Language

Staff Initials / Date

---

## Index Treatment Adherence (ITA-3)

### Item-specific Instructions:

- **Item 6x:** Specify “other” reason in local language, as applicable. Record in English prior to faxing.