



HPTN 052 (096)

ITA-1 (160)

Visit Code

Index ID

Site Number - Index Number - Partner - Chk

Index Treatment Adherence

Visit Date

dd MMM yy

**Instructions:** This is an interviewer-administered form. Complete form 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.

1. , gbgHGJ ehd; c' fspk; , ej Matpy; c' fSfF gup; j u ffggl } kUe; f s; gwwp n f l f g n g h f n w d / g w F e P f s ; newj w f F V j h t J k U e j p d ; m s t [ v L f f j t w p a j u f f f w F s h . 2 e h l f S f F K d g [ k w W k ; f l e j 2 t h u j j w F K d g k w W k ; f l e j 3 0 e h l f S f F K d g j h f . m t w w p y ; e P f s ; x d W m y y J m j w F k ; n k w g l } e h l f S f F m k k U e j p d ; ( n l h ! ) x U g F j j i a v L j j j U e j h y ; m e j k U e j f s p d ; m s i t v L f f j j t w p a j h f e P f s ; F w p g g l ' f s ;

Med code	சருக்கம் / உங்களின் மருந்துகளின் பெயர்?	ஒரு நாளைக்கு பரிந்துரைக்கப்பட்ட அளவு (டோஸ்) எண்ணிக்கை?	நேற்றைக்கு பரிந்துரைக்கப்பட்ட அளவு (டோஸ்) எடுத்துக்கொள்ள தவறிய எண்ணிக்கை?	2 நாளைக்கு முன்பு பரிந்துரைக்கப்பட்ட அளவு (டோஸ்) எடுத்துக்கொள்ள தவறிய எண்ணிக்கை?	கடந்த 2 வாரத்திற்கு பரிந்துரைக்கப்பட்ட அளவு (டோஸ்) எடுத்துக்கொள்ள தவறிய எண்ணிக்கை?	f l e j 3 0 e h l f S f F K d g j h f g u p ; j u f f g g l } m s t ( n l h ! ) v L f f j ; j t w p a v z z p f i f ?
1a.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1d.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1e.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. f l e j 3 0 e h l f s p y ; f i l r p a h f e P f s ; v g b g h G J k U e j f s ; V j h t J v L j j f b f h s s j t w p t p l ; 0 u f s h >

**Show Card #11.**

- கடந்த வாரத்தில்
- 1 - 2 வாரத்திற்கு முன்பு
- 2 - 4 வாரத்திற்கு முன்பு

1 - 3 மாதத்திற்கு முன்பு  
**NO LONGER APPLICABLE FOR THIS PROTOCOL.**  
 3 மாதத்திற்கு மேல்

மருந்துகளை எப்போதும் தவறவிடாதீர்கள் அல்லது பொருந்தாதது

---

## 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

Site Number	Index Number	Partner	Chk
		00	

## Index Treatment Adherence

3. கடந்த 4 நாட்களில், நீங்கள் எத்தனை நாட்கள் மருந்துகளின் அளவு அனைத்தையும் எடுக்க தவறியிருக்கிறீர்கள்?

- எதுவும் இல்லை
- ஒரு நாள்
- இரண்டு நாட்கள்
- மூன்று நாட்கள்
- நான்கு நாட்கள்

4. சில பேர் வார கடைசி நாட்களில் மாத்திரைகள் எடுக்க மறந்து போகிறார்கள். நீங்கள் கடந்த சனிக்கிழமை அல்லது ஞாயிற்று கிழமைகளில் உங்கள் ஆய்வு மருந்துகளை எடுக்க தவறியிருக்கிறீர்களா? .....  ஆம்  இல்லை

5. நீங்கள் **NO LONGER APPLICABLE FOR THIS PROTOCOL** மற்றும் மருந்துகள் எடுத்துக்கொண்டுள்ளீர்களா? .....

6. கடந்த மாதத்தில், எவ்வப்போதெல்லாம் நீங்கள் உங்களின் மருந்துகளை எடுக்க தவறியிருந்தீர்கள், ஏனெனில் Check one box for each question.

**Show Card #12.**

	ஒருபோதும் இல்லை	எப் பொழுதாவது	சிலநேரங்களில்	அடிக்கடி
6a. பக்க விளைவுகளை தவிர்ப்பதற்காக? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6b. உணவு கட்டுப்பாடு விதிமுறைகளை சரியாக புரிந்துகொள்ளவில்லை?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6c. குடும்ப அங்கத்தினர் மற்றும் நண்பர்களுடன் ART பகிர்ந்துகொள்ளாதல்?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6d. மருந்து எடுத்துக்கொள்ளும் விவரத்தையும் அதன் தேவைகளையும் சரியாக புரிந்துகொள்ளாததால்? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6e. மதரீதியான நம்பிக்கைகள்? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6f. வீட்டைவிட்டு பயணம் செய்தல்? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6g. மருத்துவமனை செல்வதற்கு போக்குவரத்து பிரச்சனைகள்? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6h. மாத்திரைகள் தொலைந்துவிட்டதால்? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6i. கூடுதலாக மாத்திரைகள் எடுத்துக்கொண்டதால்? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16-JAN-13

13

Language

Staff Initials / Date

---

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

No specific instructions.



HPTN 052 (096)

ITA-3 (163)



Visit Code

1

Page 3 of 3

## Index ID

Site Number	Index Number	Partner	Chk
		00	

## Index Treatment Adherence

6. கடந்த மாதத்தில், எவ்வப்போதெல்லாம் நீங்கள் உங்களின் மருந்துகளை எடுக்க தவறியிருந்தீர்கள், ஏனெனில் *inued*.

	ஒருபோதும் இல்லை	எப் பொழுதாவது	சிலநேரங்களில்	அடிக்கடி
6j. ஏதேனும் அசம்பாவிதம் நிகழ்ந்தயிருப்பின் அது மாத்திரை எடுத்துக்கொண்டதால் என்று நினைத்தது?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6k. மறந்து போகுதல்?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6l. போதுமான மாத்திரைகள் இல்லாததால்?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6m. மும்முரமாக வேலைகளில் ஈடுபட்டுயிருந்ததால் (உதா. வேலை செய்வது வாழ்க்கை நடத்துவதற்கு, உணவிற்காக உழைப்பது)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6n. அதிகமாக மாத்திரைகள் எடுப்பதன் மூலம் அலுப்படைதல்?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6o. மற்ற நோய்கள் அல்லது உடல் ரீதியான பிரச்சனைகள் வந்ததினால்?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6p. குடும்பத்திற்கு வெளியே உள்ள மற்ற மக்கள் என்ன நினைப்பார்களோ என்ற எண்ணத்தினால்?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6q. குடும்பத்தினர்கள் என்ன நினைப்பார்களோ (கணவன் அல்லது மனைவிக்கு தெரிய வேண்டாம் என்று நினைப்பது)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6r. மாத்திரைகள் ஈரத்தினாலோ அல்லது வெப்பத்தினாலோ பழுது அடைந்தது என்ற பயத்தினால்?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6s. மருத்துவ மனைக்கு வந்து மாத்திரைகள் பெற்றுக்கொள்ள உடல் நலமில்லாததால்? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6t. மாத்திரைகள் திருடப்பட்டது (உதா. டேக்ஸி, பேருந்து மற்றும் இரயில்களில் பயணிக்கும்போது)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6u. வேலைக்கு செல்வதற்காக அதிகாலையில் எழுந்திருப்பதால் உணவு அருந்த போதிய நேரமில்லை?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6v. இம்மாத்திரைகள் நன்றாக வேலை செய்யும் என்று நினைக்கவில்லை?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6w. உங்கள் கனவுகளால் ஏற்படும் தொல்லைகள்?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6x. மற்றவைகள்? குறிப்பிடுக: <i>Local Language</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*English* \_\_\_\_\_

16-JAN-13

13  
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.