



(HPTN 074) DF/Net 074

(DEM-1) 001

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort					

Form Completion Date:

dd		MMM		yy	

## Demografi

Page 1 of 4

Terima kasih atas kesedian Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Masyarakat berasal dari beragam tempat, adat istiadat, budaya, praktik seksual dan kepercayaan. Kami berharap dapat melibatkan beragam masyarakat dalam penelitian kami. Kami menghormati setiap orang, tanpa memandang perbedaannya. Tidak semua pertanyaan penelitian berlaku untuk Anda. Karena kami tidak ingin berasumsi, kami menanyakan semua pertanyaan kepada setiap orang. Kami ingin Anda merasa nyaman ketika berbicara dengan kami. Anda tidak perlu menjawab semua pertanyaan yang membuat Anda merasa tidak nyaman.

Sekarang saya ingin menanyakan beberapa hal tentang diri Anda. Jawaban atas pertanyaan tersebut akan membantu kami memahami Anda, seperti usia dan suku/etnis Anda (dari kelompok budaya mana Anda berasal). Saya juga akan menanyakan jenis kelamin dan gender Anda. Silahkan bertanya jika ada pertanyaan yang tidak Anda mengerti.

1	Sebutkan tanggal lahir Anda?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Atau	<i>Jika tidak tahu, catat usia subyek:</i> <input type="text"/> <input type="text"/> tahun
		dd                  MMM                  yy		
2	Apa jenis kelamin Anda saat lahir?	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan		
3	Bagaimana Anda mengidentifikasi gender Anda? <i>Tandai semua yang sesuai.</i>	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan: Bahasa lokal: _____ English: _____		
4	Saat ini, apakah Anda seorang pelajar?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		

Kuesioner ini digunakan untuk mengumpulkan informasi demografi partisipan.

CRF ini dilengkapi untuk semua partisipan yang mendapatkan nomor identitas partisipan saat skrining. Kumpulkan CRF ini bersama dengan CRF **Hasil Skrining** (Screening Outcome) bagi partisipan yang tidak disenrol. Kumpulkan setelah kunjungan enrollment (awal) hanya bagi partisipan yang direkrut.

**Instruksi per item:**

<b>Item 1</b>	Jika tanggal lahir tidak diketahui, catat usia pada saat kunjungan enrollment (awal). Jika usia tidak diketahui, catat perkiraan usia partisipan. Jangan melingkapi kedua jawaban.
<b>Item 3</b>	Item ini harus diisi sendiri oleh partisipan. Staf penelitian disarankan untuk mencatat dalam chart note jika partisipan, selama partisipasi dalam penelitian, memilih untuk dipanggil dengan panggilan atau gender tertentu.



Kuesioner ini digunakan untuk mengumpulkan informasi demografi partisipan.

CRF ini dilengkapi untuk semua partisipan yang mendapatkan nomor identitas partisipan saat skrining. Kumpulkan CRF ini bersama dengan CRF **Hasil Skrining** (Screening Outcome) bagi partisipan yang tidak disenrol. Kumpulkan setelah kunjungan enrollment (awal) hanya bagi partisipan yang direkrut.



(HPTN 074) DF/Net 074

(DEM-3) 003

Participant ID:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Site Number

Network Number

Chk

Cohort

## Demografi

Page 3 of 4

**8** Bagaimana Anda menjelaskan situasi kehidupan Anda saat ini? *Tandai semua yang sesuai.*

- 8a. Tinggal di rumah yang saya miliki atau sewa
- 8b. Tinggal di rumah orangtua
- 8c. Tinggal di rumah saudara (mis. Saudara kandung, sepupu, paman dan/atau bibi)
- 8d. Menyewa kamar atau tempat di rumah atau apartemen orang lain
- 8e. Tinggal dengan orang lain tanpa bayar (tidak membayar rumah dan tagihannya secara rutin)
- 8f. Tinggal di jalan, taman, lorong, atau bangunan terbengkalai
- 8g. Tinggal di rumah singgah
- 8h. Tinggal di lebih dari 2 tempat berbeda dalam seminggu
- 8i. Tinggal di panti rehabilitasi
- 8j. Menolak menjawab
- 8k. Lainnya, sebutkan:

Bahasa lokal: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

**9** Siapa yang tinggal dengan Anda? *Tanda semua yang sesuai.*

- 9a. Suami/istri/pacar
- 9b. Anak kandung
- 9c. Orangtua
- 9d. Anggota keluarga lainnya
- 9e. Teman
- 9f. Lainnya (mis. teman kamar, tenant)
- 9g. Tinggal sendiri
- 9h. Menolak menjawab

Kuesioner ini digunakan untuk mengumpulkan informasi demografi partisipan.

CRF ini dilengkapi untuk semua partisipan yang mendapatkan nomor identitas partisipan saat skrining. Kumpulkan CRF ini bersama dengan CRF **Hasil Skrining** (Screening Outcome) bagi partisipan yang tidak disenrol. Kumpulkan setelah kunjungan enrollment (awal) hanya bagi partisipan yang direkrut.



(HPTN 074) DF/Net 074

(DEM-4) 004

Participant 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			Network Number				Chk	Cohort		

**Demografi**

Page 4 of 4

**10** Dalam 3 bulan terakhir, apakah Anda pernah menganggur?

- Ya
- Tidak
- Menolak menjawab

**11** Yang mana dari pilihan berikut ini dengan tepat menggambarkan status pekerjaan Anda? Apakah Anda:

- Bekerja penuh-waktu
- Bekerja paruh-waktu
- Tidak bekerja tapi sedang mencari pekerjaan
- Tidak bekerja dan tidak sedang mencari pekerjaan
- Pensiun
- Menolak menjawab

**12** Dalam sebulan terakhir, berapa hari Anda bekerja dan dibayar?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	jumlah hari
----------------------	----------------------	-------------

Kuesioner ini digunakan untuk mengumpulkan informasi demografi partisipan.

CRF ini dilengkapi untuk semua partisipan yang mendapatkan nomor identitas partisipan saat skrining. Kumpulkan CRF ini bersama dengan CRF **Hasil Skrining** (Screening Outcome) bagi partisipan yang tidak disenrol. Kumpulkan setelah kunjungan enrollment (awal) hanya bagi partisipan yang direkrut.

**Instruksi per item:**

<b>Item 11-12</b>	Definisi bekerja ditentukan sendiri oleh partisipan. Catat setiap kegiatan dimana partisipan menerima bayaran ketika melakukan pekerjaan, legal maupun ilegal.
-------------------	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(DIN) 009

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk		Cohort		

Form Completion Date:

dd		MMM		yy	

**Demografi – Indonesia**

1 Apa suku/etnis partisipan berdasarkan pengakuannya? *Tandai semua yang sesuai.*

- 1a. Betawi
- 1b. Jawa
- 1c. Sunda
- 1d. Minang
- 1e. Batak
- 1f. Bugis
- 1g. Ambon
- 1h. Tionghoa
- 1i. Lainnya, sebutkan:

Bahasa lokal: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

*Tidak ada instruksi khusus.*



(HPTN 074) DF/Net 074

(IPT) 019

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort			

Screening Visit Date:

dd		MMM		yy	

**Pelacak Nomor Identitas Indeks**

**1** Apakah identitas partisipan sudah diperiksa (mis. sidik jari, kartu identitas, dan lainnya)?  Ya  Tidak  
 Jika ya, lanjut ke item 2.

1a. Jika tidak, sebutkan alasannya: \_\_\_\_\_

**2** Apakah partisipan ini sudah pernah datang sebelumnya untuk ikut studi HPTN 074?  Ya  Tidak  
 Jika tidak, formulir selesai.

2a. Tulis semua nomor identitas penelitian yang pernah diberikan untuk partisipan ini:

	Nomor site	Nomor pasangan menyuntik	Chk	Cohort		Nomor site	Nomor pasangan menyuntik	Chk	Cohort
PTID _1:					PTID _4:				
PTID _2:					PTID _5:				
PTID _3:									

Kuesioner ini harus dilengkapi oleh seluruh partisipan yang diberikan identitas selama skrining dan dikumpulkan bagi seluruh partisipan yang diskruining.

**Instruksi per item:**

<b>Tanggal Kunjungan Skrining</b>	Tanggal kunjungan skrining adalah tanggal dimana partisipan memberikan sampel darah skrining untuk tes HIV. Tanggal harus ditulis lengkap.
-----------------------------------	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(ISO-1) 020

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort					

Screening Visit Date:

dd		MMM		yy	

## Hasil Skrining Partisipan Indeks

Page 1 of 2

**1** Apakah partisipan menyetujui darahnya disimpan dan digunakan untuk pemeriksaan lanjutan terkait infeksi HIV?

- Ya
- Tidak

**2** Melalui jalur apa partisipan ini direkrut ke dalam penelitian? *Tandai semua yang sesuai.*

- 2a. Dari penasun lainnya
- 2b. Dari partisipan HPTN 074
- 2c. Dari penasun diluar jejaringnya
- 2d. Media sosial (mis. Facebook) atau media internet lainnya
- 2e. Media cetak
- 2f. TV atau radio
- 2g. Layanan harm reduction
- 2h. Hotspot
- 2i. Klinik HIV
- 2j. Klinik adiksi
- 2k. Lokasi penjualan Napza
- 2l. Penjangkauan
- 2m. Lainnya, sebutkan: \_\_\_\_\_

Bahasa lokal: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

**3** Apakah partisipan ini diikutsertakan ke dalam penelitian?

- Ya → *Jika ya, formulir selesai. Jangan menyerahkan halaman 2.*
- Tidak

CRF **Hasil Skrining Partisipan Indeks** mencatat proses skrining partisipan dan mengumpulkan informasi mengenai rekrutmen dan alasan partisipan tidak diikutsertakan dalam penelitian.

Kuesioner ini harus dilengkapi oleh seluruh partisipan yang diberikan identitas selama skrining dan dikumpulkan bagi seluruh partisipan yang diskruining.

**Instruksi per item:**

<b>Tanggal Kunjungan Skrining</b>	Tanggal kunjungan skrining adalah tanggal dimana partisipan memberikan sampel darah skrining untuk tes HIV. Tanggal harus ditulis lengkap.
<b>Item 1</b>	Catat keputusan partisipan akan penyimpanan spesimen skrining seperti yang tercatat dalam informed consent skrining.



(HPTN 074) DF/Net 074

(ISO-2) 021

Participant ID:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Site Number

Network Number

Chk

Cohort

## Hasil Skrining Partisipan Indeks

Page 2 of 2

4 Kenapa partisipan ini tidak diikutsertakan dalam penelitian? *Tandai semua yang sesuai.*

- 4a. Sedang ikut dalam penelitian pencegahan HIV atau sebelumnya/sedang ikut dalam penelitian vaksin HIV
- 4b. Memiliki penyakit jiwa atau medis yang aktif dan serius
- 4c. Sebelumnya terskrining sebagai pasangan menyuntik potensial dari partisipan indeks lainnya dalam penelitian ini
- 4d. Saat ini atau sebelumnya merupakan pasangan dari partisipan indeks
- 4e. Tidak mau mengikuti prosedur penelitian
- 4f. Menarik persetujuan/menolak untuk berpartisipasi
- 4g. Tidak dapat merekrut pasangan menyuntik dalam periode waktu setelah pengambilan darah saat skrining
- 4h. Viral Load < 1.000 kopi/mL
- 4i. Tidak memenuhi kriteria sebagai penasun aktif berdasarkan protokol penelitian
- 4j. HIV negatif
- 4k. Tidak pernah berbagi jarum bekas atau cairan zat setidaknya sekali dalam sebulan terakhir
- 4l. Tidak melengkapi prosedur skrining
- 4m. Lainnya, sebutkan: \_\_\_\_\_ Bahasa lokal: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

CRF **Hasil Skrining Partisipan Indeks** mencatat proses skrining partisipan dan mengumpulkan informasi mengenai rekrutmen dan alasan partisipan tidak diikutsertakan dalam penelitian.

Kuesioner ini harus dilengkapi oleh seluruh partisipan yang diberikan identitas selama skrining dan dikumpulkan bagi seluruh partisipan yang diskruining.

**Instruksi per item:**

<b>Tanggal Kunjungan Skrining</b>	Tanggal kunjungan skrining adalah tanggal dimana partisipan memberikan sampel darah skrining untuk tes HIV. Tanggal harus ditulis lengkap.
-----------------------------------	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(PPT) 024

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort	

Screening Visit Date:

dd		MMM		yy	

**Pelacak Nomor Identitas Pasangan Menyuntik**

**1** Apakah identitas partisipan sudah diperiksa (mis. sidik jari, kartu identitas, dan lainnya)?  Ya  Tidak  
 Jika ya, lanjut ke item 2.

1a. Jika tidak, sebutkan alasannya: \_\_\_\_\_

**2** Apakah partisipan ini sudah pernah datang sebelumnya untuk ikut studi HPTN 074?  Ya  Tidak  
 Jika tidak, formulir selesai.

2a. Tulis semua nomor identitas penelitian yang pernah diberikan untuk partisipan ini:

	Nomor site	Nomor pasangan menyuntik	Chk	Cohort		Nomor site	Nomor pasangan menyuntik	Chk	Cohort
PTID _1:					PTID _4:				
PTID _2:					PTID _5:				
PTID _3:									

Kuesioner ini harus dilengkapi oleh seluruh partisipan yang diberikan identitas selama skrining dan dikumpulkan bagi seluruh partisipan yang diskruining.

**Instruksi per item:**

<b>Tanggal Kunjungan Skrining</b>	Tanggal kunjungan skrining adalah tanggal dimana partisipan memberikan sampel darah skrining untuk tes HIV. Tanggal harus ditulis lengkap.
-----------------------------------	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(PSO) 025

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort				

Screening Visit Date:

dd		MMM		yy	

### Hasil Skrining Pasangan Menyuntik

**1** Apakah partisipan menyetujui darah yang diambil pada saat skrining, disimpan dan digunakan untuk pemeriksaan lanjutan terkait HIV?

- Ya  
 Tidak

**2** Apakah partisipan diikutsertakan dalam studi?

- Ya → *Jika ya, formulir selesai.*  
 Tidak

**3** Mengapa partisipan tidak diikutsertakan dalam studi? *Tandai semua yang sesuai.*

- 3a. Adakah hasil HIV rapid test atau HIV EIA test yang positif atau reaktif
- 3b. Sedang berpartisipasi dalam studi pencegahan HIV atau sebelumnya/sedang berpartisipasi studi vaksin HIV
- 3c. Memiliki gangguan mental atau medis yang serius
- 3d. Sebelumnya terskrining sebagai pasangan menyuntik potensial dari partisipan indeks lain dalam studi ini
- 3e. Sebelumnya tercatat dan terdaftar sebagai pasangan menyuntik dari partisipan indeks lain
- 3f. Tidak mau mematuhi prosedur studi
- 3g. Membatalkan persetujuan/menolak untuk berpartisipasi
- 3h. Tidak memenuhi kriteria sebagai pasangan aktif berdasarkan protokol penelitian
- 3i. Tidak dapat memastikan hubungan menyuntik dengan partisipan indeks
- 3j. Tidak melengkapi prosedur skrining
- 3k. Lainnya, sebutkan: Bahasa lokal: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

CRF **Hasil Skrining Pasangan Menyuntik (Partner Screening Outcome)** mendokumentasi proses skrining partisipan dan alasan mengapa partisipan tidak diikutsertakan dalam studi.

Kuesioner ini harus dilengkapi oleh seluruh partisipan yang mendapatkan nomor identitas selama skrining dan dikumpulkan bagi seluruh partisipan yang diskruining.

**Instruksi per item:**

<b>Tanggal Kunjungan Skrining</b>	Tanggal kunjungan skrining adalah tanggal dimana partisipan memberikan sampel darah skrining untuk tes HIV.
-----------------------------------	---



Visit Code:   .

Participant ID:

-      -  -

*Site Number      Network Number      Chk      Cohort*

Visit Date:

*dd      MMM      yy*

**Inisiasi Obat ARV Partisipan Indeks**

**1** Kapan partisipan mengindikasikan bahwa dia mulai minum obat ARV?

*dd      MMM      yy*

**2** Bagaimana memastikannya? *Tandai semua yang sesuai.*

2a. Laporan partisipan

2b. Dokumentasi/laporan klinik luar

2c. Lainnya, sebutkan: *Bahasa lokal:* \_\_\_\_\_

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

**3** Apakah partisipan bersedia memberikan bukti dokumentasi?

Ya

Tidak → *Jika tidak, formulir selesai.*

**4** Catat obat ARV yang diminum oleh partisipan:

	Kode obat ARV	Tanggal mulai minum obat ARV		
		<i>dd</i>	<i>MMM</i>	<i>yy</i>
4a.	<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"/> <input type="text"/>
4b.	<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"/> <input type="text"/>
4c.	<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"/> <input type="text"/>
4d.	<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"/> <input type="text"/>
4e.	<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"/> <input type="text"/>

Komentar (*bahasa lokal*): \_\_\_\_\_

Komentar (*English*): \_\_\_\_\_

Kuesioner ini mencatat inisiasi obat ARV partisipan indeks selama penelitian. CRF ini hanya perlu diisi sekali.

**Instruksi per item:**

<b>Tanggal kunjungan</b>	Catat tanggal kunjungan penelitian dilakukan.
<b>Item 1</b>	Catat tanggal partisipan mulai minum obat ARV (berdasarkan laporan partisipan).
<b>Item 3</b>	Rincian mengenai penggunaan obat ARV adalah daftar khusus berisi obat-obatan yang diresepkan. Gunakan dokumentasi sumber (catatan klinis, botol obat, dll). Jika partisipan tidak dapat memberikan bukti dokumentasi (self-report), tandai "TIDAK".
<b>Item 4a-4e</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Kode obat ARV:</b> lihat website HPTN 074 untuk daftar kode obat ARV.</li><li>• <b>Tanggal mulai:</b> jika mungkin, catat tanggal dengan lengkap (hari, bulan, tahun). Jika tanggal pasti tidak tersedia, catat bulan dan tahun.</li></ul>



(HPTN 074) DF/Net 074

(SUT) 040

Visit Code:   .

Participant ID:

-     -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

Visit Date:

dd      MMM      yy

**Inisiasi Pengobatan Adiksi**

1 Kapan partisipan mengindikasikan bahwa dia mulai ikut pengobatan adiksi?

dd      MMM      yy

2 Bagaimana memastikannya? *Tandai semua yang sesuai.*

2a. Laporan partisipan

2b. Dokumentasi/laporan klinik luar

2c. Lainnya, sebutkan      Bahasa lokal: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

3 Apakah partisipan bersedia memberikan detail tentang pengobatan adiksi yang dijalannya?

Ya       Tidak      ➔ *Jika tidak, formulir selesai.*

4 Catat jenis pengobatan adiksi yang dijalani partisipan.

Jika ya, tanggal kunjungan terkini ke klinik:

	Ya	Tidak	dd	MMM	yy
4a. Metadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4b. Buprenorfin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4c. Pengobatan lainnya (Medical Assisted Treatment), sebutkan: Bahasa lokal: _____ English: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4d. Detoksifikasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4e. Pengobatan dengan pendekatan komunitas/agama, sebutkan: Bahasa lokal: _____ English: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4f. Lainnya, sebutkan: Bahasa lokal: _____ English: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Komentar (Bahasa lokal): \_\_\_\_\_

Komentar (English): \_\_\_\_\_

Kuesioner ini mencatat inisiasi pengobatan adiksi partisipan selama penelitian. CRF ini hanya perlu diisi sekali.

**Instruksi per item:**

<b>Tanggal Kunjungan</b>	Catat tanggal kunjungan penelitian.
<b>Item 1</b>	Catat tanggal dimana partisipan melaporkan bahwa dia mulai pengobatan adiksi. Jika partisipan telah memulai pengobatan lebih dari sekali, indikasikan tanggal terbaru partisipan mulai pengobatan.
<b>Item 3</b>	Rincian pengobatan adiksi adalah daftar khusus berisi intervensi yang dijalani partisipan (metadon, detoks, agama, dll). Gunakan dokumentasi sumber (catatan klinis, botol obat, dll) jika memungkinkan.
<b>Item 4a-4f</b>	<b>Tanggal mulai:</b> jika mungkin, catat tanggal lengkap (hari, bulan, tahun). Jika tanggal tidak diketahui, catat bulan dan tahun.



(HPTN 074) DF/Net 074

(BBA-1) 071

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort				

Assessment Date:

dd		MMM			yy	

**Penilaian Perilaku - Baseline**

Sejumlah besar partisipan ikut serta dalam penelitian ini sehingga beberapa pertanyaan mungkin tidak berlaku untuk Anda. Kami menanyakan pertanyaan yang sama pada semua partisipan.

Dalam wawancara ini, Anda akan ditanya mengenai perilaku seksual dan kemungkinan penggunaan Napza dan alkohol. Sejumlah pertanyaan mungkin akan dirasakan terlalu pribadi. Mohon diingat bahwa seluruh jawaban Anda akan dijaga kerahasiaannya. Jawaban Anda akan terhubung dengan nomor identitas penelitian Anda, bukan nama Anda.

Kami ingin Anda menjawab semua pertanyaan dengan jujur. Kami tidak akan menghakimi penggunaan alkohol atau penyalahgunaan Napza yang mungkin Anda lakukan. Kami tidak akan menghakimi cara Anda berhubungan seksual atau berapa banyak pasangan seksual yang Anda miliki.

Pertanyaan berikut ini membantu kami memahami perilaku partisipan selama dalam penelitian ini. Kejujuran Anda membantu kami memahami perbedaan dalam perilaku partisipan.

**RIWAYAT TES HIV**

**1** Sebelum ikut serta dalam penelitian ini, apakah Anda pernah melakukan tes HIV?  Ya  Tidak → *Jika tidak, lanjut ke item 2.*

1a. Berapa kali Anda pernah melakukan tes HIV ?   \_\_kali

1b. Kapan terakhir kali Anda tes HIV?          
dd MMM yy

1c. Apa hasil tesnya?  Negatif  Positif  Tidak tahu

**PENAHANAN**

**2** Dalam 3 bulan terakhir, berapa kali Anda berada dalam...

2a. Penjara?   \_\_kali

2b. Detoksifikasi/penahanan paksa?   \_\_kali

2c. Jenis penahanan lainnya, sebutkan:   \_\_kali

Bahasa lokal: \_\_\_\_\_ English: \_\_\_\_\_

Kuesioner ini mencatat informasi tentang perilaku partisipan. Pertanyaan berikut ini bersifat sensitif. Untuk memastikan tingkat keakuratan dan kejujuran dari jawaban yang diberikan, sangat penting untuk menunjukkan (kepada partisipan) bahwa seluruh informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya.

Pengisian kuesioner ini dilakukan oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Item 1b</b>	Jika mungkin, catat tanggal dengan lengkap (hari, bulan, tahun). Jika tanggal pasti tidak diketahui, catat bulan dan tahunnya.
----------------	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(BBA-2) 072

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk		Cohort				

**Penilaian Perilaku - Baseline**

**PENGUNAAN ALKOHOL (Audit C)** Jawab pertanyaan berikut untuk menggambarkan perilaku Anda dalam 3 bulan terakhir.

**3** Seberapa sering Anda minum minuman yang mengandung alkohol?

<input type="checkbox"/> Tidak pernah	➔ Jika tidak pernah, lanjut ke item 6.	<input type="checkbox"/> 2 – 3 kali seminggu
<input type="checkbox"/> Sebulan sekali atau kurang		<input type="checkbox"/> 4 kali atau lebih dalam seminggu
<input type="checkbox"/> 2 – 4 kali sebulan		

**4** Berapa banyak minuman biasa yang mengandung alkohol yang biasa Anda minum dalam keseharian?

<input type="checkbox"/> 1 atau 2	<input type="checkbox"/> 7 sampai 9
<input type="checkbox"/> 3 atau 4	<input type="checkbox"/> 10 atau lebih
<input type="checkbox"/> 5 atau 6	

**5** Seberapa sering Anda minum 6 jenis minuman atau lebih dalam satu kesempatan?

<input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/> Tiap minggu
<input type="checkbox"/> Tidak setiap bulan	<input type="checkbox"/> Tiap hari atau hampir tiap hari
<input type="checkbox"/> Tiap bulan	

**PENYALAHGUNAAN NAPZA NON-SUNTIK**

**6** Dalam 3 bulan terakhir, apakah Anda menggunakan...

	Ya	Tidak
6a. Mariyuana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6b. Stimulan (kokain, metamfetamin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6c. Opiat (heroin, opium)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6d. Jenis Napza lainnya (seperti yang diindikasikan oleh site), sebutkan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bahasa lokal: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

**7** Kapan terakhir kali Anda menggunakan mariyuana, amfetamin, metadon, opiat, atau benzodiazepon yang tidak disuntik?

dd	MMM	yy	ATAU	<input type="checkbox"/>
----	-----	----	------	--------------------------

*Tidak pernah*

Kuesioner ini mencatat informasi tentang perilaku partisipan. Pertanyaan berikut ini bersifat sensitif. Untuk memastikan tingkat keakuratan dan kejujuran dari jawaban yang diberikan, sangat penting untuk menunjukkan (kepada partisipan) bahwa seluruh informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya.

Pengisian kuesioner ini dilakukan oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Item 6</b>	Catat semua penyalahgunaan Napza non-suntik yang disebutkan (dihisap, ditelan, dihidu, dan lainnya. Jika memungkinkan, gunakan bahasa lokal atau jargon untuk nama zat tersebut.
<b>Item 7</b>	Jika partisipan tidak pernah menggunakan semua metode diatas, tulis "tidak pernah". Jika memungkinkan, catat tanggal dengan lengkap (hari, bulan, tahun). Jika tanggal pasti tidak diketahui, catat bulan dan tahunnya. Jika memungkinkan, gunakan bahasa lokal atau jargon untuk nama zat tersebut.



(HPTN 074) DF/Net 074

(BBA-3) 073

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort				

**Penilaian Perilaku - Baseline**

**PENYALAHGUNAAN NAPZA SUNTIK**

**8** Berapa usia Anda ketika menyuntik pertama kali?   *beberapa tahun*

**9** Berapa lama Anda pernah tidak menyuntik, karena keinginan sendiri (mis. bukan karena ditahan), sejak mulai menyuntik?  
*beberapa bulan*   *beberapa hari*   *beberapa tahun*

**10** Dalam 3 bulan terakhir, zat mana yang Anda suntikkan?

	<i>Ya</i>	<i>Tidak</i>		<i>Ya</i>	<i>Tidak</i>
10a. Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10i. Ketamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10b. Metamfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10j. Opiat buatan sendiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10c. Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10k. Stimulan dengan aksi singkat dan lama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10d. Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10l. Dezomorfin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10e. Opiat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10m. Lainnya, sebutkan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10f. Buprenorfin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Bahasa lokal:</i> _____		
10g. Metadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>English:</i> _____		
10h. Benzodiazepin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**11** Dalam sebulan terakhir, berapa hari Anda menyuntik?   *\_hari*

**12** Dalam sebulan terakhir, pada hari dimana Anda menyuntik, berapa kali dalam sehari Anda biasanya menyuntik?   *\_kali dalam sehari*

**13** Kapan terakhir kali Anda menyuntik (termasuk hari ini)?         *ATAU*   *\_bulan yang lalu*

*dd MMM yy*

Kuesioner ini mencatat informasi tentang perilaku partisipan. Pertanyaan berikut ini bersifat sensitif. Untuk memastikan tingkat keakuratan dan kejujuran dari jawaban yang diberikan, sangat penting untuk menunjukkan (kepada partisipan) bahwa seluruh informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya.

Pengisian kuesioner ini dilakukan oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Item 9</b>	Catat periode waktu terlama partisipan tidak menyuntik sejak dia mulai menggunakan Napza suntik.
<b>Item 10</b>	Jika mungkin, gunakan bahasa lokal atau jalaran untuk nama zat yang digunakan.
<b>Item 13</b>	Jika mungkin, catat tanggal dengan lengkap (hari, bulan, dan tahun). Jika tanggal pasti tidak diketahui, catat bulan dan tahunnya.



(HPTN 074) DF/Net 074

(BBA-4) 074

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk		Cohort				

**Penilaian Perilaku - Baseline**

**BERBAGI**

*Terkadang orang berbagi jarum dan peralatan lainnya ketika mereka terdesak, takut diketahui polisi, merasa sakit atau berbagai macam alasan lainnya.*

		Ya	Tidak	Tidak tahu
<b>14</b>	Apakah Anda berbagi cairan pembilas dalam 3 bulan terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Jika tidak, lanjut ke item 15.</i> ←			
	14a. Terakhir kali Anda menyuntik, apakah Anda berbagi cairan pembilas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15</b>	Apakah Anda berbagi tempat racikan dalam 3 bulan terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Jika tidak, lanjut ke item 16.</i> ←			
	15a. Terakhir kali Anda menyuntik, apakah Anda berbagi tempat racikan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16</b>	Apakah Anda berbagi kapas penyaring dalam 3 bulan terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Jika tidak, lanjut ke item 17.</i> ←			
	16a. Terakhir kali Anda menyuntik, apakah Anda berbagi kapas penyaring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PEMBERSIHAN**

<b>17</b>	Seberapa sering Anda membersihkan jarum suntik sebelum menyuntik?	<input type="checkbox"/> <i>Selalu</i> <input type="checkbox"/> <i>Lebih dari separuh</i> <input type="checkbox"/> <i>Kurang dari separuh</i> <input type="checkbox"/> <i>Tidak pernah</i>		
<b>18</b>	Terakhir kali Anda menyuntik, apakah Anda membersihkan jarum suntik sebelumnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19</b>	Terakhir kali Anda menyuntik, apakah Anda menggunakan jarum suntik baru?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20</b>	Seberapa sering Anda membersihkan jarum suntik setelah menyuntik?	<input type="checkbox"/> <i>Selalu</i> <input type="checkbox"/> <i>Lebih dari separuh</i> <input type="checkbox"/> <i>Kurang dari separuh</i> <input type="checkbox"/> <i>Tidak pernah</i>		
	<b>21</b>	Terakhir kali Anda menyuntik, apakah Anda membersihkan jarum suntik setelahnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kuesioner ini mencatat informasi tentang perilaku partisipan. Pertanyaan berikut ini bersifat sensitif. Untuk memastikan tingkat keakuratan dan kejujuran dari jawaban yang diberikan, sangat penting untuk menunjukkan (kepada partisipan) bahwa seluruh informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya.

Pengisian kuesioner ini dilakukan oleh pewawancara.



(HPTN 074) DF/Net 074

(BBA-5) 075

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk		Cohort		

**Penilaian Perilaku - Baseline**

**JARUM SUNTIK YANG SUDAH DIISI SEBELUMNYA ATAU DIISI DARI BELAKANG**

<b>22</b>	Terakhir kali Anda menyuntik, apakah Anda menggunakan <i>syringe</i> yang sudah diisi sebelumnya?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak tahu			
<b>23</b>	Terakhir kali Anda menyuntik, apakah Anda menyuntikkan zat dengan cara memasukkan lewat depan atau belakang ke dalam <i>syringe</i> atau jarum yang Anda gunakan?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak tahu			
<b>24</b>	Dalam 3 bulan terakhir, berapa banyak orang dengan siapa Anda menyuntik bersama?	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table> __orang				→	<i>Jika 000, lanjut ke item 30.</i>
<b>25</b>	Dalam 3 bulan terakhir, berapa kali Anda membiarkan orang lain menggunakan jarum atau <i>syringe</i> bekas Anda?	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table> __kali				→	<i>Jika 000, lanjut ke item 27.</i>
<b>26</b>	Dalam 3 bulan terakhir, berapa banyak orang yang Anda biarkan menggunakan jarum suntik atau <i>syringe</i> bekas Anda?	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table> __orang					
<b>27</b>	Dalam 3 bulan terakhir, berapa kali Anda menggunakan jarum suntik atau <i>syringe</i> bekas orang lain?	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table> __kali				→	<i>Jika 000, lanjut ke item 29.</i>
<b>28</b>	Dalam 3 bulan terakhir, berapa banyak orang yang jarum suntik atau <i>syringe</i> bekasnya Anda gunakan?	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table> __orang					
<b>29</b>	Dalam 3 bulan terakhir, ketika Anda berbagi <i>syringe</i> , seberapa sering Anda menjadi orang yang terakhir menyuntik?	<input type="checkbox"/> <i>Selalu</i>	<input type="checkbox"/> <i>Sebagian besar</i>	<input type="checkbox"/> <i>Seringkali</i>			
		<input type="checkbox"/> <i>Jarang</i>	<input type="checkbox"/> <i>Tidak pernah</i>	<input type="checkbox"/> <i>Saya tidak pernah berbagi dalam 3 bulan terakhir</i>			
<b>30</b>	Dalam 3 bulan terakhir, apakah Anda mendapatkan jarum/ <i>syringe</i> baru dari...						
	30a. <input type="checkbox"/> <i>Saya tidak mendapatkan jarum baru dalam 3 bulan terakhir</i> → <i>Lanjut ke item 32 di halaman 6.</i>	Ya	Tidak				
	30b. Apotik atau puskesmas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	30c. Penjual jarum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	30d. Program pertukaran jarum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	30e. Penasun lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	30f. Lainnya, sebutkan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<i>Bahasa lokal:</i> _____		<i>English:</i> _____				

Kuesioner ini mencatat informasi tentang perilaku partisipan. Pertanyaan berikut ini bersifat sensitif. Untuk memastikan tingkat keakuratan dan kejujuran dari jawaban yang diberikan, sangat penting untuk menunjukkan (kepada partisipan) bahwa seluruh informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya.

Pengisian kuesioner ini dilakukan oleh pewawancara.



(HPTN 074) DF/Net 074

(BBA-6) 076

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk		Cohort		

**Penilaian Perilaku - Baseline**

**JARUM SUNTIK YANG SUDAH DIISI SEBELUMNYA ATAU DIISI DARI BELAKANG**

**31** Dalam 3 bulan terakhir, ketika Anda mendapatkan jarum suntik baru, biasanya berapa banyak Anda membeli jarum suntik di setiap kesempatan?    \_\_jarum suntik

**PROGRAM TERAPI ADIKSI** Sebutkan jenis program terapi adiksi yang Anda pernah ikuti.

**32** Apakah Anda pernah mengikuti program terapi adiksi?  Ya  Tidak → *Jika tidak, lanjut ke item 36 di halaman 7.*

**33** Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) atau sejenisnya (MAT)?  Ya  Tidak → *Jika tidak, lanjut ke item 34 di halaman 7.*

33a. Jenis program PTRM/MAT apa yang pernah Anda ikuti? *Tandai semua yang sesuai.*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 33a1. Metadon     | <input type="checkbox"/> 33a3. Lainnya, sebutkan:<br>(Bahasa lokal) _____ |
| <input type="checkbox"/> 33a2. Buprenorfin | (English) _____   |

33b. Berapa kali Anda mengikuti PTRM/MAT?    \_\_kali

33c. Berapa lama biasanya Anda berada dalam program tersebut?   beberapa bulan   beberapa hari

33d. Apakah Anda pernah ikut program PTRM/MAT dalam 3 bulan terakhir?  Ya  Tidak → *Jika tidak, lanjut ke item 34 di halaman 7.*

33e. Program PTRM/MAT apa saja yang pernah Anda jalani dalam 3 bulan terakhir? *Tandai semua yang sesuai.*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 33e1. Metadon     | <input type="checkbox"/> 33e3. Lainnya, sebutkan:<br>(Bahasa lokal) _____ |
| <input type="checkbox"/> 33e2. Buprenorfin | (English) _____   |

33f. Saat ini, apakah Anda sedang ikut PTRM/MAT?  Ya  Tidak  
 → *Jika ya, lengkapi CRF Inisiasi Terapi Adiksi (Substance Use Treatment Initiation CRF).*

Kuesioner ini mencatat informasi tentang perilaku partisipan. Pertanyaan berikut ini bersifat sensitif. Untuk memastikan tingkat keakuratan dan kejujuran dari jawaban yang diberikan, sangat penting untuk menunjukkan (kepada partisipan) bahwa seluruh informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya.

Pengisian kuesioner ini dilakukan oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Item 31</b>	Jika partisipan tidak memiliki jarum suntik sendiri atau tidak ingat sumbernya, tulis "000".
<b>Item 33c</b>	Tulis jumlah hari dan bulan dimana partisipan berada dalam program PTRM/MAT. Setiap kotak harus terisi.  Contohnya, 3 tahun adalah 36 bulan dan 00 hari. 6 minggu akan tercatat sebagai 1 bulan dan 14 hari.



(HPTN 074) DF/Net 074

(BBA-7) 077

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk		Cohort		

**Penilaian Perilaku - Baseline**

**PROGRAM TERAPI ADIKSI**

<b>34</b>	Program detoksifikasi yang disediakan di layanan kesehatan?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<i>➔ Jika tidak, lanjut ke item 35.</i>
	34a. Berapa kali Anda pernah mengikuti program detoksifikasi?	<input style="width: 40px;" type="text"/> __kali		
	34b. Berapa lama biasanya Anda berada dalam program detoksifikasi?	<input style="width: 40px;" type="text"/> beberapa bulan	<input style="width: 40px;" type="text"/> beberapa hari	
	34c. Apakah Anda pernah menjalani program detoksifikasi dalam 3 bulan terakhir?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<i>➔ Jika tidak, lanjut ke item 35.</i>
	34d. Saat ini, apakah Anda sedang menjalani detoksifikasi?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	

<b>35</b>	Jenis pengobatan adiksi lainnya (mis. pengobatan berbasis komunitas/agama)?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<i>➔ Jika tidak, lanjut ke item 36.</i>
	35a. Berapa kali Anda mengikuti program terapi adiksi lainnya?	<input style="width: 40px;" type="text"/> __kali		
	35b. Berapa lama biasanya Anda berada dalam program tersebut?	<input style="width: 40px;" type="text"/> beberapa bulan	<input style="width: 40px;" type="text"/> beberapa hari	
	35c. Apakah Anda pernah menjalani program tersebut dalam 3 bulan terakhir?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<i>➔ Jika tidak, lanjut ke item 36.</i>
	35d. Saat ini, apakah Anda sedang menjalani program tersebut?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	

**PERTANYAAN TENTANG PERILAKU SEKSUAL**

*Pertanyaan berikut ini bersifat sangat pribadi mengenai perilaku seksual Anda. Mohon diingat bahwa semua informasi yang Anda berikan pada kami dijamin kerahasiaannya. Kami minta Anda menjawab pertanyaan dengan jujur.*

<b>36</b>	Dalam 3 bulan terakhir, apakah Anda melakukan hubungan seks, baik melalui anus atau vagina?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<i>➔ Jika tidak, lanjut ke item 42 di halaman 8.</i>
<b>37</b>	Dalam sebulan terakhir, berapa banyak pasangan seks perempuan Anda?	<input style="width: 40px;" type="text"/> __pasangan seks perempuan		
<b>38</b>	Dalam 3 bulan terakhir, berapa banyak pasangan seks laki-laki Anda?	<input style="width: 40px;" type="text"/> __pasangan seks lelaki		

Kuesioner ini mencatat informasi tentang perilaku partisipan. Pertanyaan berikut ini bersifat sensitif. Untuk memastikan tingkat keakuratan dan kejujuran dari jawaban yang diberikan, sangat penting untuk menunjukkan (kepada partisipan) bahwa seluruh informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya.

Pengisian kuesioner ini dilakukan oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Item 34</b>	Program detoksifikasi yang disediakan di layanan kesehatan dapat bersifat sukarela atau wajib, rawat jalan atau rawat inap. Jangan menghitung program detoksifikasi alkohol.
<b>Item 34b</b>	Tulis jumlah hari dan bulan partisipan berada dalam program detoksifikasi. Setiap kotak harus diisi. Contohnya, 3 tahun adalah 36 bulan dan 00 hari. 6 minggu akan tercatat sebagai 1 bulan dan 14 hari.
<b>Item 35</b>	Lainnya meliputi program berbasis rumah, agama, ataupun berbasis sekular yang tidak disediakan oleh layanan kesehatan.
<b>Item 35b</b>	Tulis jumlah hari dan bulan partisipan berada dalam program PTRM/MAT. Semua kotak harus terisi. Contohnya, 3 tahun adalah 36 bulan dan 00 hari. 6 minggu akan tercatat sebagai 1 bulan dan 14 hari.



(HPTN 074) DF/Net 074

(BBA-8) 078

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk		Cohort				

**Penilaian Perilaku - Baseline**

**39** Apakah Anda mempunyai pasangan seks tetap seperti suami/istri atau pacar?  Ya  Tidak → *Jika tidak, lanjut ke item 41.*

39a. Jenis kelamin pasangan seks tetap Anda?

Laki-laki  Perempuan  Lainnya, *(Bahasa lokal)* \_\_\_\_\_  
*(English)* \_\_\_\_\_

**40** Dalam **sebulan terakhir**, berapa kali Anda berhubungan seks, baik melalui vagina atau anus, dengan pasangan seks tetap Anda?    \_\_kali → *Jika 000, lanjut ke item 41.*

40a. Seberapa sering ketika Anda melakukan hubungan seks tersebut, Anda (atau pasangan seks tetap Anda) menggunakan kondom?    \_\_kali

**41** Dalam **sebulan terakhir**, berapa kali Anda berhubungan seks, baik melalui vagina atau anus, dengan orang lain selain pasangan seks tetap?    \_\_kali → *Jika 000, lanjut ke item 42.*

41a. Seberapa sering ketika Anda melakukan hubungan seks tersebut, Anda (atau pasangan seks tersebut) menggunakan kondom?    \_\_kali

*Selanjutnya, saya akan menanyakan tentang pasangan seks komersil (membayar atau dibayar). Yang kami maksud dengan pasangan seks komersil adalah orang yang dengan siapa Anda melakukan hubungan seks oral, anus, atau vagina, untuk uang, zat, makanan, atau tempat tinggal.*

**42** Dalam **sebulan terakhir**, berapa kali Anda memberikan pasangan seks Anda uang atau zat untuk berhubungan seks?    \_\_kali

**43** Dalam **sebulan terakhir**, berapa kali pasangan seks Anda memberikan Anda uang atau zat untuk berhubungan seks?    \_\_kali

Kuesioner ini mencatat informasi tentang perilaku partisipan. Pertanyaan berikut ini bersifat sensitif. Untuk memastikan tingkat keakuratan dan kejujuran dari jawaban yang diberikan, sangat penting untuk menunjukkan (kepada partisipan) bahwa seluruh informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya.

Pengisian kuesioner ini dilakukan oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Item 39</b>	"Pasangan tetap/utama" adalah seseorang yang Anda anggap istri/suami/pacar, dengan siapa Anda melakukan hubungan seks oral, vagina atau anus setidaknya sekali dalam 3 minggu. Jangan memasukkan orang yang dengan siapa Anda berhubungan seks kasual atau sebagai pertukaran untuk mendapatkan uang, zat, makanan atau tempat tinggal.
----------------	---



(HPTN 074) DF/Net 074

(IBH-1) 085

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort				

Assessment Date: 

--	--

 / 

--	--	--	--

 / 

--	--

*dd                      MMM                      yy*

**Obat ARV dan Layanan HIV – Baseline bagi Partisipan Indeks**

*Pertanyaan berikut ini mengenai obat anti HIV yang disebut obat antiretroviral yang mungkin Anda minum. Pertanyaan ini bukan tentang zat yang mungkin Anda gunakan untuk terapi adiksi. Kami ingin mengetahui apa yang sebenarnya Anda alami, bukan apa yang Anda pikir "ingin didengar" oleh kami. Banyak orang merasa sulit untuk minum obat dengan teratur.*

**1** Kapan Anda mengetahui bahwa Anda HIV positif? 

--	--

 / 

--	--	--	--

 / 

--	--

*dd                      MMM                      yy*

**2** Siapa yang Anda beritahu bahwa Anda terinfeksi HIV? *Tandai semua yang sesuai.*

<input type="checkbox"/> 2a. Pasangan/pacar	<input type="checkbox"/> 2d. Anggota keluarga lainnya	<input type="checkbox"/> 2g. Tidakada
<input type="checkbox"/> 2b. Anakkandung	<input type="checkbox"/> 2e. Teman	<input type="checkbox"/> 2h. Menolak menjawab
<input type="checkbox"/> 2c. Orangtua	<input type="checkbox"/> 2f. Lainnya	

**3** Berapa banyak teman menyuntik Anda (dengan siapa Anda sering menyuntik bersama) tahu bahwa Anda terinfeksi HIV?

Semua teman menyuntik

Sebagian besar

Kurang dari setengah

Tidak ada

Pengisian kuesioner ini dilakukan oleh pewawancara.



(HPTN 074) DF/Net 074

(IBH-2) 086

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort			

**Obat ARV dan Layanan HIV – Baseline bagi Partisipan Indeks**

**4** Siapa yang paling membantu Anda dalam pengobatan HIV Anda?

- Tenaga kesehatan (mis. Dokter atau perawat)
- Pasangan Anda
- Pasangan seks kasual (mis. teman atau rekan kerja yang baru bertemu dan berhubungan seks dengan Anda)
- Teman menyuntik
- Pekerja seks komersil
- Ayah dan ibu Anda
- Ipar Anda
- Anggota keluarga lain
- Pendeta/pemimpin keagamaan
- Tetangga Anda atau anggotamasyarakat
- Teman
- Atasan Anda
- Lainnya, sebutkan: (Bahasa lokal) \_\_\_\_\_  
(English) \_\_\_\_\_

**5** Seberapa sering Anda berbicara dengan keluarga atau orang yang membantu Anda tentang pengobatan HIV yang Anda jalani?

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lebih dari sekali per minggu | <input type="checkbox"/> 2 - 3 kali sebulan | <input type="checkbox"/> Satu kali    |
| <input type="checkbox"/> Sekali seminggu              | <input type="checkbox"/> Sekali sebulan     | <input type="checkbox"/> Tidak pernah |

**6** Sejak Anda mengetahui bahwa Anda terinfeksi HIV, apakah Anda pernah menemui dokter?

- Ya       Tidak →

*Jika tidak, lanjut ke item 8 di halaman 3.*

6a. Jika ya, kapan terakhir kali Anda datang?

dd		MMM		yy	

**7** Apakah dokter yang Anda temui pernah menganjurkan Anda untuk mulai minum obat ARV demi kesehatan Anda?

- Ya       Tidak

Pengisian kuesioner ini dilakukan oleh pewawancara.



(HPTN 074) DF/Net 074

(IBH-3) 087

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort			

**Obat ARV dan Layanan HIV – Baseline bagi Partisipan Indeks**

<b>8</b>	Apakah Anda pernah datang ke klinik HIV atau apotik dengan tujuan untuk memulai pengobatan ARV?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
<b>9</b>	Apakah Anda pernah minum obat ARV?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
<b>10</b>	Saat ini, apakah Anda sedang minum obat ARV?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
	<i>Jika ya, lengkapi CRF Inisiasi Obat ARV Partisipan Indeks (Index ART Initiation CRF).</i>		<i>Jika tidak, lanjut ke item 16 pada halaman 5.</i>
<b>11</b>	Kami tahu bahwa sangat sulit untuk minum obat ARV dengan teratur. Kapan terakhir kali Anda melewatkan waktu minum obat ARV Anda?		
	<input type="checkbox"/> Sekitar minggu lalu <input type="checkbox"/> 3 - 4 minggu yang lalu <input type="checkbox"/> 1 - 2 minggu yang lalu <input type="checkbox"/> 1 - 3 bulan yang lalu	<input type="checkbox"/> Tidak pernah melewatkan waktu minum obat ARV dalam 3 bulan terakhir → Bagian akhir formulir.	
<b>12</b>	Dalam <b>sebulan terakhir</b> , berapa hari Anda melewatkan minum setidaknya satu tablet obat ARV?	<input type="text"/> <input type="text"/> beberapa hari	
<b>13</b>	Apakah Anda melewatkan minum setidaknya satu tablet dalam 4 hari terakhir?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
	13a. Dalam <b>4 hari terakhir</b> , berapa hari Anda melewatkan minum setidaknya satu tablet obat ARV?	<input type="text"/> <input type="text"/> beberapa hari <i>Jika tidak, lanjut ke item 15 pada halaman 4.</i>	
<b>14</b>	Apakah Anda melewatkan setidaknya satu tablet obat ARV kemarin?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak

Pengisian kuesioner ini dilakukan oleh pewawancara.



(HPTN 074) DF/Net 074

(IBH-4) 088

No data recorded on this page

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk		Cohort				

**Obat ARV dan Layanan HIV – Baseline bagi Partisipan Indeks**

**15** Terakhir kali Anda melewatkan minum setidaknya satu tablet, apa alasannya? *Pilih salah satu. Bagian akhir formulir.*

- Saya lupa
- Ketika waktu minum obat ARV tiba, obatnya tidak ada di saya
- Saya tidak ingin orang lain di sekitar saya tahu bahwa saya minum obat ARV
- Saya ingin menghindari efek sampingnya
- Saya merasa sehat
- Saya mabuk
- Saya tidak melakukan hal yang dapat membuat saya menularkan HIV ke orang lain
- Saya tidak yakin bahwa obat ARV tersebut bermanfaat
- Tidak sesuai
- Lainnya, sebutkan: (Bahasa lokal) \_\_\_\_\_  
(English) \_\_\_\_\_

Pengisian kuesioner ini dilakukan oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Tidak ada data yang perlu dicatat di halaman ini</b>	Tandai kotak ini jika tidak ada data yang dicatat di halaman ini selain ID partisipan dan inisial/ tanggal staf penelitian.
---	---



(HPTN 074) DF/Net 074

(IBH-5) 089

No data recorded on this page 

Participant 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"/>
Site Number		Network Number			Chk	Cohort	

## Obat ARV dan Layanan HIV – Baseline bagi Partisipan Indeks

Page 5 of 6

		Setuju	Tidak setuju	Tidak sesuai/ Tidak dapat diterapkan
<b>16</b>	Terkadang orang sulit untuk mulai pengobatan HIV karena situasi personal ataupun karena keadaan. Apa alasan Anda belum minum obat ARV?			
	16a. Anda tidak merasa butuh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16b. Anda tidak punya waktu pergi ke klinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16c. Anda tidak punya energi atau motivasi untuk pergi ke klinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16d. Anda melewatkan janji temu, sulit untuk kembali lagi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16e. Anda terlalu sakit untuk pergi ke klinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16f. Penggunaan narkoba Anda menghalangi Anda pergi ke klinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16g. Anda khawatir dengan efek samping atau komplikasi yang tidak diinginkan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16h. Anda tidak paham kapan waktu minum obat ARV Anda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16i. Anda menjual atau kehilangan obat Anda atau obat Anda dicuri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16j. Kebiasaan Anda minum alkohol menghalangi Anda pergi ke klinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16k. Anda harus menunggu lama sehingga Anda pergi dari klinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17</b>	Terkadang orang merasa sulit untuk mulai minum obat ARV karena keluarga atau teman. Apa alasan Anda belum memulai pengobatan ARV?			
	17a. Anda tidak mendapat dukungan dari keluarga atau teman.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17b. Anda tidak ingin orang lain tahu kalau Anda terinfeksi HIV (mis. melihat Anda minum obat ARV).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Version 3.0, 02-MAR-16		Indonesian	Completed by: _____ (initials/date)	

Pengisian kuesioner ini dilakukan oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Tidak ada data yang perlu dicatat di halaman ini</b>	Tandai kotak ini jika tidak ada data yang dicatat di halaman ini selain ID partisipan dan inisial/ tanggal staf penelitian.
---	---



(HPTN 074) DF/Net 074

(IBH-6) 090

No data recorded on this page

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort			

**Obat ARV dan Layanan HIV – Baseline bagi Partisipan Indeks**

	Kebanyakan orang merasa sulit untuk mulai pengobatan ARV, meskipun mereka pernah mencoba sebelumnya, karena kendala/tantangan dalam proses layanan/ sistem kesehatan. Apa alasan Anda belum memulai pengobatan ARV?			
		Setuju	Tidak setuju	Tidak sesuai/ Tidak dapat diterapkan
18a.	Anda tidak memiliki dokumen yang dibutuhkan (mis. surat keterangan, kartu identitas, hasil lab) yang dibutuhkan oleh klinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18b.	Obat ARV terlalu mahal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18c.	Obat ARV tidak tersedia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18d.	Tenaga kesehatan tidak melanjutkan pengobatan atau tidak lagi meresepkan obat ARV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18e.	Anda tidak tahu bagaimana atau kemana untuk mendapatkan obat ARV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18f.	Anda merasa transportasi menuju klinik menyulitkan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18g.	Anda selalu bepergian.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18h.	Anda baru keluar penjara atau tahanan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18i.	Anda takut akan ditangkap karena penyalahgunaan zat Anda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18j.	Anda harus melapor bahwa Anda pecandu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**19** Apakah ada alasan lain yang membuat Anda merasa sulit untuk memulai pengobatan ARV?

*Bahasa lokal:* \_\_\_\_\_

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

Pengisian kuesioner ini dilakukan oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Tidak ada data yang perlu dicatat di halaman ini</b>	Tandai kotak ini jika tidak ada data yang dicatat di halaman ini selain ID partisipan dan inisial/ tanggal staf penelitian.
---	---



(HPTN 074) DF/Net 074

(IE) 091

Participant ID:

<i>Site Number</i>			<i>Network Number</i>				<i>Chk</i>	<i>Cohort</i>		

Enrollment Date:

<i>dd</i>		<i>MMM</i>		<i>yy</i>	

**Enrolmen Partisipan Indeks**

- 1** Apakah partisipan setuju darahnya yang diambil pada kunjungan awal (enrolmen) digunakan untuk pemeriksaan lebih lanjut terkait infeksi HIV?

*Ya*

*Tidak*
- 2** Apakah partisipan setuju urinnya yang diambil pada kunjungan awal (enrolmen) digunakan untuk pemeriksaan lebih lanjut terkait penggunaan NAPZA?

*Ya*

*Tidak*
- 3** Partisipan masuk ke dalam kelompok penelitian yang mana?

*Layanan standar*

*Intervensi*

Kuesioner ini harus dilengkapi pada saat kunjungan awal (enrolmen).

**Instruksi per item:**

<b>Item 1 dan 2</b>	Catat keputusan partisipan tentang penyimpanan spesimen skrining seperti yang tercatat pada informed consent enrolmen.
---------------------	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(PE) 095

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort		

Enrollment Date:

dd		MMM		yy	

**Enrolmen Pasangan Menyuntik**

**1** Apakah partisipan setuju sampel darah yang diambil saat enrolmen digunakan untuk pemeriksaan lebih lanjut terkait infeksi HIV?

Ya

Tidak

**2** Apakah partisipan setuju sampel urin yang diambil saat enrolmendigunakan untuk pemeriksaan lebih lanjut terkait penyalahgunaan NAPZA?

Ya

Tidak

**3** Pada kunjungan indeks ke berapa pasangan menyuntik ini masuk dalam studi (enrolmen)?

Kode kunjungan indeks: 

--	--

 . 

--

3a. Tanggal enrolmen indeks:

Tanggal: 

--	--

--	--	--	--

--	--

*dd*                      *MMM*                      *yy*

Formulir ini dilengkapi saat enrolmen saja.

**Instruksi per item:**

<b>Item 1 dan 2</b>	Catat keputusan pasien mengenai penyimpanan spesimen enrolmen sesuai dengan dokumentasi lembar kesediaan keikutsertaan (enrollment consent form).
<b>Item 3 dan 3a</b>	Untuk pasangan menyuntik yang dienrol setelah kunjungan enrolmen(awal) pasangan indeks mereka, pilih kode kunjungan indeks sesuai dengan kode kunjungan pasangan menyuntiknya dan isi tanggal enrolmen partisipan index.



(HPTN 074) DF/Net 074

(INS) 111

Visit Code:   .

Participant ID:

-      -  -

*Site Number      Network Number      Chk      Cohort*

Visit Date:

*dd      MMM      yy*

**Status Partisipan Indeks – Pasangan Menyuntik**

- 1** Berapa banyak pasangan menyuntik yang terdapat di jejaring menyuntik partisipan indeks?    \_\_pasangan menyuntik
- 2** Berapa banyak pasangan menyuntik baru yang ditambahkan ke dalam daftar pasangan menyuntik pada kunjungan ini? Yang dimaksud dengan pasangan menyuntik baru adalah orang tersebut sebelumnya tidak ada dalam daftar pasangan menyuntik.    \_\_pasangan menyuntik baru
- 3** Apakah pasangan menyuntik baru ikut dalam kunjungan ini?  Ya       Tidak
- 3a. Saat ini, apakah partisipan indeks memiliki pasangan menyuntik, dengan siapa mereka berbagi jarum, air pembilas, tempat racikan, dan lainnya (dalam sebulan terakhir), yang ikut serta dalam penelitian ini?  Ya       Tidak
- Jika jawaban no. 3 dan 3a adalah "TIDAK", formulir selesai.*

**4** Catat pasangan menyuntik yang dienrol dengan siapa partisipan berbagi jarum, air, tempat racikan, dan lainnya dalam 3 bulan terakhir (termasuk pasangan menyuntik yang dienrol pada kunjungan ini).

Panggilan atau inisial pasangan menyuntik:

Identitas partisipan:

4a. \_\_\_\_\_

4b. \_\_\_\_\_

4c. \_\_\_\_\_

4d. \_\_\_\_\_

4e. \_\_\_\_\_

4f. \_\_\_\_\_

4g. \_\_\_\_\_

4h. \_\_\_\_\_

4i. \_\_\_\_\_

Nomor site	Nomor pasangan menyuntik	Chk	Kohort
<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"/>	<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"/>
<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Komentar (Bahasa lokal): \_\_\_\_\_

Komentar (English): \_\_\_\_\_

Kuesioner ini digunakan untuk mencatat pasangan menyuntik baru atau yang kembali menyuntik bersama pada kunjungan follow-up.

Partisipan indeks dapat mengikutsertakan pasangan menyuntik tambahan sepanjang periode penelitian jika hubungan dan pasangan menyuntik tersebut memenuhi kriteria protokol penelitian. Partisipan indeks dapat mengakhiri atau membangun kembali hubungan dengan pasangan menyuntik lama. Yang perlu diingat, seorang partisipan indeks hanya boleh mengikutsertakan total 5 orang pasangan menyuntik aktif selama periode penelitian.

**Instruksi per item:**

<b>Item 1</b>	Jikalau tidak ada pasangan menyuntik dalam Daftar Jejaring Sosial/Seksual (non-CRF), tulis 000.
<b>Item 2</b>	Jikalau tidak ada pasangan menyuntik baru yang bergabung, tulis 000.
<b>Item 4</b>	Pasangan menyuntik lama yang kembali masuk dalam penelitian menggunakan kembali Nomor Identitas Pasangan Menyuntik yang lama.



(HPTN 074) DF/Net 074

(FUV) 120

Visit Code:   .

Participant ID:

-     -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

Visit Date:   /     /

dd      MMM      yy

**Kunjungan Follow-up**

**1** Apakah ini kunjungan interim?       Ya       Tidak → *Jika tidak, lanjut ke item 2.*

1a. Alasan kunjungan interim. *Tandai semua yang sesuai.*

- 1a1. Melaporkan AE baru
- 1a2. Melaporkan dampak buruk sosial
- 1a3. Tes HIV
- 1a4. Pasangan menyuntik baru
- 1a5. Mengulang kerja laboratorium
- 1a6. Lainnya, sebutkan:  
(Bahasa lokal) \_\_\_\_\_  
(English) \_\_\_\_\_

1b. Selain formulir ini, adakah formulir DataFax lain yang dilengkapi pada kunjungan kali ini? *Tandai semua yang sesuai.*

- 1b1. Hasil Tes HIV Pasangan Menyuntik
- 1b2. Inisiasi obat ARV bagi Indeks
- 1b3. Inisiasi Terapi Adiksi
- 1b4. Skrining Urin untuk Penyalahgunaan NAPZA
- 1b5. Penyimpanan Spesimen
- 1b6. Hasil CD4+/Viral Load
- 1b7. Log Adverse Experience (baru)
- 1b8. Log Dampak Sosial (baru)
- 1b9. Lainnya, sebutkan:  
(Bahasa lokal) \_\_\_\_\_  
(English) \_\_\_\_\_

**2** Pada kunjungan kali ini, berapa banyak kejadian tak diinginkan (Adverse Experiences; AEs) yang dilaporkan?        → *Lengkapi Log AE secara terpisah untuk masing-masing AE. Jika tidak ada, isi 00.*

**3** Pada kunjungan ini, berapa banyak dampak sosial baru yang dilaporkan?        → *Lengkapi Log Dampak Sosial secara terpisah untuk masing-masing kejadian. Jika tidak ada, isi 00.*

Formulir ini digunakan untuk merangkum informasi dari tiap kunjungan follow-up partisipan (termasuk kunjungan interim).

**Instruksi per item:**

<b>Kode Kunjungan</b>	Jika formulir ini digunakan untuk kunjungan interim, gunakan kode kunjungan interim. Jika digunakan untuk kunjungan terjadwal, gunakan kode kunjungan yang sesuai dengan kunjungan tersebut. Jika formulir ini digunakan untuk kunjungan interim, semua formulir lainnya untuk kunjungan ini harus memiliki kode kunjungan yang sama dengan formulir Kunjungan Follow-up ini.
<b>Item 1b</b>	Tandai semua formulir yang baru dilengkapi (selain formulir ini) yang dikumpulkan untuk kunjungan iterim/kontak. Jika "lainnya, sebutkan" ditandai, catat akronim nama formulir di tempat yang tersedia.



Participant 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			Network Number				Chk	Cohort		

### Log Dampak Sosial

1 Secara singkat gambarkan dampak buruk sosial: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2 Tanggal kejadian:     
*dd MMM yy*

3 Dilaporkan pada kunjungan ke:  .

4 Kode dampak sosial:  → *Lihat di bagian belakang untuk definisi dari Kode Dampak Sosial.*

Lengkapi formulir ini ketika mencatat kejadian dan pemecahan dari dampak sosial tidak diinginkan yang dilaporkan dalam Kuesioner Penilaian Dampak Sosial serta yang dilaporkan secara spontan, kapan pun selama studi berlangsung.

Dampak sosial adalah semua kejadian, yang dianggap oleh partisipan, berkaitan dengan partisipasinya dalam penelitian ini.

### Instruksi per item:

<b>Item 3</b>	Jika partisipan melaporkan dampak sosial negatif di luar jadwal kunjungan, lengkapi Log ini dan formulir Kunjungan Interim. Catat kode kunjungan interim yang sama pada kedua formulir.	
<b>Item 4</b>	Gunakan definisi berikut untuk pengkodean dampak sosial.	
	<b>Kode</b>	<b>Definisi</b>
<b>01</b>	Hubungan Personal	Memiliki pengalaman buruk dengan keluarga, teman-teman, seseorang yang penting, atau pasangan seksual.
<b>02</b>	Bepergian/Imigrasi	Memiliki masalah dalam mendapatkan izin resmi untuk bepergian ke atau memasuki negara lain, seperti visa ditolak, atau menemui masalah dengan imigrasi/naturalisasi.
<b>03</b>	Pekerjaan	Ditolak untuk pekerjaan baru, kehilangan pekerjaan, atau mengalami masalah lain dalam pekerjaan.
<b>04</b>	Pendidikan	Tidak boleh mengikuti program pendidikan, diminta berhenti dari suatu program pendidikan, atau mengalami masalah lain di sekolah/kampus.
<b>05</b>	Pelayanan Medis/ Dental	Ditolak oleh pelayanan medis/gigi, atau diperlakukan secara tidak baik oleh penyedia layanan kesehatan.
<b>06</b>	Asuransi Kesehatan	Kehilangan asuransi kesehatan, menemui masalah dalam mendapatkan asuransi kesehatan baru, atau mengalami masalah lain terkait asuransi kesehatan.
<b>07</b>	Asuransi Jiwa	Kehilangan asuransi jiwa, memiliki masalah dalam mendapatkan asuransi jiwa baru, atau mengalami masalah lain yang berkaitan dengan asuransi jiwa.
<b>08</b>	Tempat Tinggal	Menemui masalah dalam mendapatkan tempat tinggal, atau memiliki masalah lain yang berkaitan dengan tempat tinggal.
<b>09</b>	Militer/Badan Pemerintah Lainnya	Menemui masalah dengan militer atau badan pemerintah lainnya.
<b>10</b>	Lainnya	Memiliki masalah lain yang tidak termasuk dalam kode-kode di atas.



(HPTN 074) DF/Net 074

(SIA-1) 152

Visit Code:   .

Participant ID:

-      -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

Contact Date:

dd      MMM      yy

**Penilaian Dampak Sosial**

**1** Karena partisipasi Anda dalam penelitian ini, apakah Anda mengalami kejadian buruk atau negatif yang tidak Anda laporkan pada kami?  Ya  Tidak → *Jika tidak, lanjut ke item 4.*

**2** Karena partisipasi Anda dalam penelitian ini, apakah Anda...

2a. Ditahan atau punya masalah dengan polisi atau masalah hukum lainnya?  Ya  Tidak → *Jika tidak, lanjut ke item 2b.*

2a1. Jika ya, berapa kali?   \_\_kali

2b. Punya masalah mendapatkan atau mempertahankan tempat tinggal?  Ya  Tidak → *Jika tidak, lanjut ke item 2c.*

2b1. Jika ya, berapa kali?   \_\_kali

2c. Punya masalah mendapatkan atau mempertahankan pekerjaan atau masalah dengan keuangan atau dukungan ekonomis?  Ya  Tidak → *Jika tidak, lanjut ke item 2d.*

2c1. Jika ya, berapa kali?   \_\_kali

2d. Punya masalah mendapatkan layanan kesehatan atau dengan asuransi kesehatan?  Ya  Tidak → *Jika tidak, lanjut ke item 2e.*

2d1. Jika ya, berapa kali?   \_\_kali

2e. Punya masalah dengan teman, keluarga, atau pasangan?  Ya  Tidak → *Jika tidak, lanjut ke item 2f.*

2e1. Jika ya, berapa kali?   \_\_kali

2f. Apakah ada masalah lain?  Ya,  Tidak → *Jika tidak, lanjut ke item 3.*

Bahasa lokal: \_\_\_\_\_ English: \_\_\_\_\_

**3** Tulis jumlah dampak:   \_\_dampak *Lengkapi Social Impact Log (SIL) untuk setiap dampak secara terpisah.*

**4** Apakah partisipasi Anda dalam penelitian ini memiliki dampak positif atau memberi manfaat bagi hidup Anda?  Ya  Tidak  Tidak tahu *Jika tidak, formulir ini selesai. Jangan faks halaman 2.*

Lengkapi formulir ini ketika mencatat informasi tentang dampak sosial, baik yang positif maupun negatif, yang dialami partisipan sebagai akibat partisipasi dalam penelitian ini.

Semua dampak sosial yang tidak diinginkan akibat partisipasi dalam penelitian harus dicatat dan diikuti sampai dampak tersebut terselesaikan menggunakan Social Impact Log. Catat hanya dampak baru pada formulir ini, yang sebelumnya tidak tercatat dalam Social Impact Log. Dampak yang memburuk atau berlanjut, yang sebelumnya terlupakan, tidak dianggap pengalaman "baru".

**Instruksi per item:**

<p><b>Item 1-3</b></p>	<p>Bacakan seluruh bagian item kepada partisipan dan tandai setiap jawaban. Jika partisipan menolak menjawab, catat "menolak menjawab" dan coret kotak jawaban.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika partisipan menjawab "YA" terhadap semua jawaban pada item 2, Social Impact Log harus dilengkapi.</li> <li>• Hitung dampak sosial yang dilaporkan dan masukkan jumlahnya ke dalam kotak berlabel "total dampak". Lengkapi satu halaman Social Impact Log untuk satu dampak sosial yang dilaporkan.</li> <li>• Jika 2 dampak sosial berjenis sama yang terjadi pada waktu terpisah dilaporkan (mis. dua episode terpisah dari masalah hubungan personal), catat pada kotak "ya" untuk dampak sosial tersebut, dan masukkan jumlah kedua episode tersebut. Lengkapi satu halaman Social Impact Log untuk setiap episode.</li> </ul>
<p><b>Item 4</b></p>	<p>Dampak "yang bermanfaat" adalah setiap dampak yang baik atau yang meningkatkan kualitas hidup partisipan.</p>



Visit Code:   .

Participant 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			Network Number				Chk	Cohort		

**Penilaian Dampak Sosial**

5	Karena partisipasi Anda dalam penelitian ini, Anda mengalami...	Ya	Tidak
5a.	Peningkatan dalam pekerjaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5b.	Peningkatan keuangan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5c.	Pengurangan dalam penyalahgunaan zat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5d.	Pengurangan dalam hal nagih/putus zat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5e.	Memperoleh pengetahuan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5f.	Peningkatan dalam hidup?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5g.	Peningkatan kesehatan fisik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5h.	Memperbaiki hubungan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5i.	Mengurangi stigma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5j.	Meningkatkan kesehatan jiwa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5k.	Lainnya, sebutkan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bahasa lokal: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

Lengkapi formulir ini ketika mencatat informasi tentang dampak sosial, baik yang positif maupun negatif, yang dialami partisipan sebagai akibat partisipasi dalam penelitian ini.

Semua dampak sosial yang tidak diinginkan akibat partisipasi dalam penelitian harus dicatat dan diikuti sampai dampak tersebut terselesaikan menggunakan Social Impact Log. Catat hanya dampak baru pada formulir ini, yang sebelumnya tidak tercatat dalam Social Impact Log. Dampak yang memburuk atau berlanjut, yang sebelumnya dilaporkan, tidak dianggap pengalaman "baru".



(HPTN 074) DF/Net 074

(STG-1) 155

Visit Code:   .

Participant ID:

-      -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

Contact Date:

dd      MMM      yy

**Kusioner Stigma dan Dukungan Sosial**

Pada bagian ini, saya akan membacakan pernyataan tentang apa yang Anda rasakan mengenai diri Anda, penggunaan narkoba suntik Anda, dan infeksi HIV/AIDS. Saya ingin Anda memberitahu saya jika anda sangat setuju, setuju, tidak setuju, atau sangat tidak setuju dengan setiap pernyataan.

**STIGMA DAN RASA MALU YANG TERINTERNALISASI**

		Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
<b>1</b>	Saya merasa kurang percaya diri atau merasa malu karena:				
	1a. Saya menggunakan narkoba suntik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1b. Saya terinfeksi HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PENGALAMAN STIGMA**

		Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
<b>2</b>	Saya merasa diasingkan dari keluarga karena:				
	2a. Saya menggunakan narkoba suntik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2b. Saya terinfeksi HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**STIGMA YANG DIANTISIPASI**

		Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
<b>3</b>	Saya takut jika saya membuka status HIV saya ke keluarga, mereka akan mengucilkan saya dari kegiatan keluarga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Saya takut jika saya membuka status HIV saya kepada orang lain, saya akan kesulitan mendapatkan pekerjaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Saya takut jika saya pergi ke klinik metadon atau buprenorfin untuk mengobati ketergantungan NAPZA, saya akan diperlakukan buruk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	Saya takut jika saya pergi ke klinik HIV, saya akan diperlakukan buruk karena saya penasun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7</b>	Saya tidak merasa nyaman berbicara ke tenaga kesehatan karena saya merasa mereka akan menghakimi saya.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Tidak ada instruksi lain.*



(HPTN 074) DF/Net 074

(STG-2) 156

Visit Code:   .

Participant ID:

-      -  -

*Site Number                      Network Number                      Chk                      Cohort*

**Kusioner Stigma dan Dukungan Sosial**

8	Selama dua minggu terakhir, seberapa sering anda terganggu oleh masalah berikut?	<i>Tidak sama sekali</i>	<i>Beberapa hari</i>	<i>Lebih dari setengah hari setiap harinya</i>	<i>Hampir Setiap hari</i>
8a.	Sedikit minat atau kesenangandalam beraktivitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b.	Merasa tertekan,depresi dan hilang harapan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8c.	Sulit tidur atau sulit bangun ketika tidur atau kebanyakan tidur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8d.	Merasa lelah atau kurang energi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8e.	Kurang nafsu makan atau makan berlebihan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8f.	Merasa buruk tentang diri sendiri - atau merasa bahwa Anda selalu gagal atau mengecewakan diri Anda dan keluarga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8g.	Sulit berkonsentrasi ketika sedang beraktivitas, seperti membaca koran atau menonton televisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8h.	Bergerak atau berbicara begitu lamban sehingga orang lain memperhatikan; atau sebaliknya - menjadi begitu gelisah atau tidak tenang sehingga Anda merasa harus terus bergerak lebih dari biasanya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8i.	Berpikir bahwa Anda lebih baik mati atau menyakiti diri sendiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9	Terkadang orang butuh orang lain untuk persahabatan, bantuan, atau jenis dukungan lainnya. Jelaskan seberapa sering dukungan berikut ada ketika Anda membutuhkannya.			
9a.	Seseorang untuk menghabiskan waktu bersama:			
	<input type="checkbox"/> <i>Tidak sama sekali</i>	<input type="checkbox"/> <i>Sedikit sekali</i>	<input type="checkbox"/> <i>Kadang-kadang</i>	<input type="checkbox"/> <i>Sebagian besar waktu</i>
9b.	Seseorang untuk menghabiskan waktu untuk relaksasi:			
	<input type="checkbox"/> <i>Tidak sama sekali</i>	<input type="checkbox"/> <i>Sedikit sekali</i>	<input type="checkbox"/> <i>Kadang-kadang</i>	<input type="checkbox"/> <i>Sebagian besar waktu</i>
9c.	Seseorang yang dapat diajak untuk melakukan hal yang menyenangkan:			
	<input type="checkbox"/> <i>Tidak sama sekali</i>	<input type="checkbox"/> <i>Sedikit sekali</i>	<input type="checkbox"/> <i>Kadang-kadang</i>	<input type="checkbox"/> <i>Sebagian besar waktu</i>

*Tidak ada instruksi lain.*



(HPTN 074) DF/Net 074

(ITB) 158

Visit Code:   .

Participant ID:

-     -  -

*Site Number      Network Number      Chk      Cohort*

Contact Date:

*dd      MMM      yy*

**Kuesioner Penilaian Partisipan Terhadap Pengobatan**

		<i>Sangat setuju</i>	<i>Setuju</i>	<i>Tidak setuju</i>	<i>Sangat tidak setuju</i>	
1	Jika Anda merasakan efek samping, Anda harus tetap melanjutkan pengobatan HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Terapi HIV itu aman.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Pengobatan HIV itu efektif (yang dimaksud efektif adalah obat itu bekerja).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Jika Anda lupa minum obat satu hari, apa yang harus Anda lakukan?  <input type="checkbox"/> <i>Minum dengan dosis ganda</i> <input type="checkbox"/> <i>Minum dengan dosis biasa</i> <input type="checkbox"/> <i>Minum 1,5 dosis</i>					
5	Dalam 3 bulan terakhir, apakah Anda membuat tujuan personal dalam mengikuti terapi HIV?	<input type="checkbox"/> <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> <i>Tidak</i>			
6	Dalam 3 bulan terakhir, apakah Anda pernah bertanya mengenai perkembangan HIV Anda kepada penyedia layanan kesehatan?	<input type="checkbox"/> <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> <i>Tidak</i>			
		<i>Sangat setuju</i>	<i>Setuju</i>	<i>Tidak setuju</i>	<i>Sangat tidak setuju</i>	
7	Jika Anda merasakan efek samping, Anda harus tetap melanjutkan terapi Adiksi Anda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Tidak dapat diterapkan</i>
8	Terapi substitusi (spesifik untuk site, hanya ditanyakan jika tersedia) itu aman.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Pengobatan adiksi itu efektif (yang dimaksud efektif adalah jika pengobatan bekerja).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Jika Anda melewatkan terapi adiksi Anda, apa yang harus Anda lakukan?  <input type="checkbox"/> <i>Minum dengan dosis ganda</i> <input type="checkbox"/> <i>Minum dengan dosis biasa</i> <input type="checkbox"/> <i>Minum 1,5 dosis</i>					

Version 1.0, 21-JAN-15

Indonesian

Completed by: \_\_\_\_\_ (initials/date)

**Instruksi per item:**

<b>Item 8</b>	Jika terapi substitusi tidak tersedia di site, tandai N/A.
---------------	--



Visit Code:   .

Participant ID:

-     -  -

Site Number Participant Number Chk Cohort

Specimen Collection Date:

dd MMM yy

**Skrining Urin Penyalahgunaan NAPZA**

Tidak dilakukan/Tidak dikumpulkan → Formulir selesai.

1	Apakah penyalahgunaan zat berikut terdeteksi?	Ya	Tidak	Tidak dilakukan/ Tidak dikumpulkan
1a.	Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b.	Metamfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c.	Metadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1d.	Opiat/Morfin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1e.	Benzodiazepin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1f.	Buprenorfin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1g.	Kanabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1h.	Kokain Metabolit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1i.	Lainnya, sebutkan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Bahasa lokal: _____			
	(English) _____			

Komentar (bahasa lokal): \_\_\_\_\_

Komentar (English): \_\_\_\_\_

Hasil pemeriksaan yang dilakukan terhadap sampel urin (skruining penyalahgunaan NAPZA) dicatat dalam formulir ini.

**Instruksi per item:**

<b>Tanggal Pengumpulan Spesimen</b>	Catat tanggal spesimen dikumpulkan (bukan tanggal hasil dilaporkan atau dicatat ke dalam formulir) untuk kunjungan kali ini. Tanggal harus diisi lengkap.
<b>Tidak dilakukan/ Tidak dikumpulkan</b>	Jika sampel urine tidak diambil (e.g. partisipan menolak atau lupa), tandai "Tidak dilakukan/ Tidak dikumpulkan", kemudian formulir selesai.



(HPTN 074) DF/Net 074

(FBA-1) 171

Visit Code:   . 

Participant 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"/>
Site Number	Network Number		Chk	Cohort			

Assessment Date:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dd	MMM		yy		

**Follow-up Penilaian Perilaku****Page 1 of 8**

Banyak partisipan yang akan ikut dalam penelitian ini. Jadi, beberapa pertanyaan mungkin tidak berlaku untuk Anda. Kami menanyakan pertanyaan yang sama untuk semua partisipan.

Dalam wawancara kali ini, Anda akan ditanya mengenai perilaku seksual dan kemungkinan penggunaan alkohol dan penyalahgunaan NAPZA. Beberapa pertanyaan mungkin bersifat sangat pribadi. Mohon diingat bahwa semua jawaban Anda akan dijaga kerahasiaannya. Jawaban Anda hanya akan dihubungkan dengan nomor ID Anda, bukan nama Anda.

Kami harap Anda menjawab pertanyaan berikut ini dengan jujur. Kami tidak akan menghakimi penyalahgunaan NAPZA atau alkohol Anda. Kami tidak akan menghakimi bagaimana Anda berhubungan seks atau berapa kali atau dengan siapa.

Pertanyaan-pertanyaan berikut membantu kami untuk memahami tipe perilaku dari semua partisipan selama berada dalam penelitian. Kejujuran Anda akan membantu kami memahami perbedaan-perbedaan dalam perilaku.

**FOLLOW-UP DATA DEMOGRAFI**

**1** Bagaimana Anda menggambarkan kondisi tempat tinggal Anda sekarang? *Tandai semua yang sesuai.*

- 1a. Tinggal di rumah milik sendiri/kontrakan
- 1b. Tinggal di rumah orang tua
- 1c. Tinggal di rumah keluarga lain (e.g. saudara kandung, sepupu, bibi dan/atau paman)
- 1d. Menyewa ruangan di rumah atau apartemen orang lain
- 1e. Tinggal dengan orang lain secara gratis (tidak membayar rumah atau kamar yang biasa)
- 1f. Tinggal di jalan, taman umum, gang, atau gedung kosong
- 1g. Tinggal di panti sosial/rumah singgah
- 1h. Tinggal di lebih dari 2 tempat yang berbeda dalam satu minggu
- 1i. Tinggal di rumah pemulihan atau perawatan adiksi
- 1j. Tempat lainnya, sebutkan:
- Bahasa lokal: \_\_\_\_\_
- English: \_\_\_\_\_
- 1k. Menolak menjawab

Kuesioner berikut ini mencatat informasi mengenai perilaku partisipan. Melalui pertanyaan-pertanyaan berikut ini, partisipan diminta untuk memberikan jawaban yang bersifat sensitif. Untuk memperoleh jawaban yang jujur dan akurat, sangat penting untuk meyakinkan partisipan bahwa semua informasi akan dijaga kerahasiaannya.

Formulir berikut ini diisi oleh pewawancara.



(HPTN 074) DF/Net 074

(FBA-2) 172

Visit Code:

--	--	--	--

Participant ID:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Site Number

Network Number

Chk

Cohort

## Follow-up Penilaian Perilaku

Page 2 of 8

**2** Siapa saja yang tinggal dengan Anda? *Tandai semua yang sesuai.*

- 2a. Suami/istri/pacar
- 2b. Anak kandung
- 2c. Orang tua
- 2d. Anggota keluarga lain
- 2e. Teman
- 2f. Lainnya (e.g. teman sekamar, penyewa)
- 2g. Tinggal sendiri
- 2h. Menolak menjawab

**3** Apa status hubungan Anda? Apakah Anda:

- Menikah
- Tinggal dengan pasangan seksual namun tidak menikah
- Berpisah
- Bercerai
- Janda/Duda
- Belum pernah menikah
- Menolak menjawab

**4** Dalam 3 bulan terakhir, apakah Anda pernah menganggur?

- Ya
- Tidak
- Menolak menjawab

Penilaian berikut ini mencatat informasi mengenai perilaku partisipan. Melalui pertanyaan-pertanyaan berikut ini, partisipan diminta untuk memberikan informasi yang bersifat sensitif. Untuk memperoleh jawaban yang jujur dan akurat, merupakan hal yang penting untuk memberitahu bahwa semua informasi akan dirahasiakan. Jawab pertanyaan-pertanyaan berikut ini untuk menggambarkan perilaku Anda dalam 3 bulan terakhir.

Formulir ini diisi oleh pewawancara.



(HPTN 074) DF/Net 074



(FBA-3) 173

Visit Code:   .

Participant ID:

-     -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

### Follow-up Penilaian Perilaku

Page 3 of 8

**5** Di antara pilihan berikut ini, yang mana yang menggambarkan status pekerjaan Anda? Apakah Anda:

- Bekerja penuh waktu
- Bekerja paruh waktu
- Tidak bekerja tapi sedang mencari pekerjaan
- Tidak bekerja—tidak sedang mencari pekerjaan
- Pensiun
- Menolak menjawab

**6** Dalam sebulan terakhir, berapa hari Anda bekerja dan digaji?

\_hari

**7** (*Indeks: HANYA untuk Kelompok Intervensi*) Apakah Anda memiliki pendamping?

Ya       Tidak → *Jika tidak, lanjut ke item 8.*

7a. Apa hubungan pendamping dengan Anda?

- Suami/istri/pacar
- Bapak/Ibu
- Saudara kandung
- Anggota keluarga lain
- Teman
- Lainnya, sebutkan:

Bahasa lokal: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

### PENAHANAN

**8** Dalam 3 bulan terakhir, berapa kali dalam waktu yang berbeda Anda berada dalam...

8a. Tahanan/penjara?

\_kali

8b. Detoksifikasi/penahanan paksa?

\_kali

8c. Jenis penahanan lainnya, sebutkan:

\_kali

Bahasa lokal: \_\_\_\_\_ English: \_\_\_\_\_

Penilaian berikut ini mencatat informasi mengenai perilaku partisipan. Melalui pertanyaan-pertanyaan berikut ini, partisipan diminta untuk memberikan informasi yang bersifat sensitif. Untuk memperoleh jawaban yang jujur dan akurat, merupakan hal yang penting untuk memberitahu bahwa semua informasi akan dirahasiakan. Jawab pertanyaan-pertanyaan berikut ini untuk menggambarkan perilaku Anda dalam 3 bulan terakhir.

Formulir ini diisi oleh pewawancara.



Kuesioner berikut ini mencatat informasi mengenai perilaku partisipan. Melalui pertanyaan-pertanyaan berikut ini, partisipan diminta untuk memberikan jawaban yang bersifat sensitif. Untuk memperoleh jawaban yang jujur dan akurat, sangat penting untuk meyakinkan partisipan bahwa semua informasi akan dijaga kerahasiaannya.

Formulir berikut ini diisi oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Item 12</b>	Jika mungkin, gunakan nama lokal atau nama jalanan dari NAPZA tersebut.
<b>Item 12d</b>	Catat penggunaan NAPZA non-suntik yang terindikasi (dihisap, ditelan, dihirup, dll).
<b>Item 13</b>	Jika mungkin, catat tanggal lengkapnya (hari, bulan, dan tahun). Jika tanggal tepat tidak diketahui, catat bulan dan tahunnya. Jika partisipan tidak pernah menggunakan NAPZA jenis ini secara non-suntik, tandai "tidak pernah".

(HPTN 074) DF/Net 074

(FBA-5) 175

Visit Code:   .

Participant ID:

-      -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

**Follow-up Penilaian Perilaku**

**Page 5 of 8**

**PENYALAHGUNAAN NAPZA SUNTIK**

**14** Dalam 3 bulan terakhir, apakah Anda menggunakan jarum untuk menyuntikkan NAPZA jenis apapun di bawah kulit atau ke pembuluh vena?  Ya  Tidak → *Jika tidak, lanjut ke item 33 di halaman 8.*

**15** Dalam 3 bulan terakhir, yang mana dari NAPZA berikut ini yang Anda suntik?

	Ya	Tidak		Ya	Tidak
15a. Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15i. Ketamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15b. Metamfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15j. Opiat buatan sendiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15c. Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15k. Stimulan dengan aksi singkat dan lama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15d. Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15l. Dezomorfin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15e. Opiat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15m. Lainnya, sebutkan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15f. Buprenorfin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Bahasa lokal:</i> _____		
15g. Metadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>English:</i> _____		
15h. Benzodiazepin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**16** Dalam satu bulan terakhir, berapa hari Anda menyuntikkan NAPZA?   \_\_hari

**17** Dalam satu bulan terakhir, ketika Anda menyuntik, berapa kali dalam sehari Anda biasanya menyuntikkan beberapa zat?   \_\_kali/hari

**18** Kapan terakhir kali Anda menyuntik (termasuk hari ini)?       ATAU

dd      MMM      yy      \_\_bulan

Kuesioner berikut ini mencatat informasi mengenai perilaku partisipan. Melalui pertanyaan-pertanyaan berikut ini, partisipan diminta untuk memberikan jawaban yang bersifat sensitif. Untuk memperoleh jawaban yang jujur dan akurat, sangat penting untuk meyakinkan partisipan bahwa semua informasi akan dijaga kerahasiaannya.

Formulir berikut ini diisi oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Item 15m</b>	Jika mungkin, gunakan nama lokal atau nama jalanan dari NAPZA tersebut. Catat hanya nama NAPZA yang belum ditandai di 15a-15l.
<b>Item 18</b>	Jika mungkin, catat tanggal lengkapnya (hari, bulan, dan tahun). Jika tanggal tepat tidak diketahui, catat bulan dan tahun.



(HPTN 074) DF/Net 074

(FBA-6) 176

Visit Code:   .

No data recorded on this page

Participant ID:

-     -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

**Follow-up Penilaian Perilaku**

**BERBAGI**

*Terkadang orang berbagi jarum dan peralatan lainnya ketika mereka terdesak, takut diketahui polisi, merasa sakit atau berbagai macam alasan lainnya.*

		Ya	Tidak	Tidak tahu
<b>19</b>	Pernahkah Anda berbagi cairan pembilas dalam 3 bulan terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Jika tidak, lanjut ke item 20.</i> ←			
	19a. Terakhir kali Anda menyuntik, apakah Anda berbagi cairan pembilas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20</b>	Pernahkah Anda berbagi tempat racikan dalam 3 bulan terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Jika tidak, lanjut ke item 21.</i> ←			
	20a. Terakhir kali Anda menyuntik, apakah Anda berbagi tempat racikan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21</b>	Apakah Anda berbagi kapas penyaring dalam 3 bulan terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Jika tidak, lanjut ke item 22.</i> ←			
	21a. Terakhir kali Anda menyuntik, apakah Anda berbagi kapas penyaring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PEMBERSIHAN**

<b>22</b>	Seberapa sering Anda membersihkan jarum suntik Anda sebelum menyuntik?	<input type="checkbox"/> <i>Selalu</i> <input type="checkbox"/> <i>Lebih dari separuh</i> <input type="checkbox"/> <i>Kurang dari separuh</i> <input type="checkbox"/> <i>Tidak pernah</i>		
	22a. Terakhir kali Anda menyuntik, apakah Anda membersihkan jarum suntik sebelum Anda menyuntik?	Ya	Tidak	Tidak tahu
	22b. Terakhir kali Anda menyuntik, apakah Anda menggunakan jarum baru?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22c. Seberapa sering Anda membersihkan jarum Anda setelah menyuntik?	<input type="checkbox"/> <i>Selalu</i> <input type="checkbox"/> <i>Lebih dari separuh</i> <input type="checkbox"/> <i>Kurang dari separuh</i> <input type="checkbox"/> <i>Tidak pernah</i>		
	22d. Terakhir kali Anda menyuntik, apakah Anda membersihkan jarum suntik setelah menyuntik?	Ya	Tidak	Tidak tahu
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kuesioner berikut ini mencatat informasi mengenai perilaku partisipan. Melalui pertanyaan-pertanyaan berikut ini, partisipan diminta untuk memberikan jawaban yang bersifat sensitif. Untuk memperoleh jawaban yang jujur dan akurat, sangat penting untuk meyakinkan partisipan bahwa semua informasi akan dijaga kerahasiaannya.

Formulir berikut ini diisi oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Tidak ada data yang dicatat di halaman ini</b>	Tandai kotak ini jika tidak ada data yang dicatat di halaman ini selain ID Partisipan, Kode Kunjungan, dan Inisial Staf/Tanggal.
---	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(FBA-7) 177

Visit Code:   . No data recorded on this page 

Participant 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			Network Number			Chk	Cohort		

## Follow-up Penilaian Perilaku

Page 7 of 8

## JARUM SUNTIK YANG SUDAH DIISI SEBELUMNYA ATAU DIISI DARI BELAKANG

- 23** Terakhir kali Anda menyuntik, apakah Anda menggunakan syringe yang sudah diisi sebelumnya?  Ya  Tidak  Tidak tahu
- 24** Terakhir kali Anda menyuntik, apakah Anda menyuntikkan zat dengan cara memasukkan lewat depan atau belakang ke dalam syringe atau jarum yang Anda gunakan?  Yes  Tidak  Tidak tahu
- 25** Dalam 3 bulan terakhir, dengan berapa banyak orang yang berbeda Anda menyuntik bersama?    \_\_orang → Jika 000, lanjut ke item 31.
- 26** Dalam 3 bulan terakhir, berapa kali Anda membiarkan orang lain menggunakan jarum atau syringe bekas Anda?    \_\_kali → Jika 000, lanjut ke item 28.
- 27** Dalam 3 bulan terakhir, berapa banyak orang yang Anda biarkan menggunakan jarum suntik atau syringe bekas Anda?    \_\_orang
- 28** Dalam 3 bulan terakhir, berapa kali Anda menggunakan jarum suntik atau syringe bekas orang lain?    \_\_kali → Jika 000, lanjut ke item 30.
- 29** Dalam 3 bulan terakhir, berapa banyak orang yang jarum suntik atau syringe bekasnya Anda gunakan?    \_\_orang
- 30** Dalam 3 bulan terakhir, ketika Anda berbagi syringe, seberapa sering Anda menjadi orang yang terakhir menyuntik?
- |                                 |                                       |  |
|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Selalu | <input type="checkbox"/> Sering       | <input type="checkbox"/> Kadang-kadang                                   |
| <input type="checkbox"/> Jarang | <input type="checkbox"/> Tidak pernah | <input type="checkbox"/> Saya tidak berbagi jarum dalam 3 bulan terakhir |
- 31** Dalam 3 bulan terakhir, Anda mendapatkan jarum suntik baru dari...
- 31a.  Saya tidak mendapatkan jarum baru dalam 3 bulan terakhir → Lanjut ke item 33 di halaman 8.
- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | Ya                       | Tidak                    |
| 31b. Apotek atau pusat pelayanan kesehatan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31c. Penjual jarum?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31d. Program pertukaran jarum suntik?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31e. Penasun lainnya?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31f. Lainnya, sebutkan?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Bahasa lokal: \_\_\_\_\_ English: \_\_\_\_\_
- 32** Dalam 3 bulan terakhir, ketika Anda mendapatkan jarum suntik baru, biasanya berapa banyak Anda membeli jarum suntik di setiap kesempatan?    \_\_jarum suntik

Kuesioner berikut ini mencatat informasi mengenai perilaku partisipan. Melalui pertanyaan-pertanyaan berikut ini, partisipan diminta untuk memberikan jawaban yang bersifat sensitif. Untuk memperoleh jawaban yang jujur dan akurat, sangat penting untuk meyakinkan partisipan bahwa semua informasi akan dijaga kerahasiaannya.

Formulir berikut ini diisi oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Tidak ada data yang dicatat di halaman ini</b>	Tandai kotak ini jika tidak ada data yang dicatat di halaman ini selain ID Partisipan, Kode Kunjungan, dan Inisial Staf/Tanggal.
<b>Item 32</b>	Jika partisipan tidak memiliki jarum suntik sendiri atau tidak ingat sumbernya, tulis "000".



(HPTN 074) DF/Net 074

(FBA-8) 178

Visit Code:   . 

Participant 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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Site Number

Network Number

Chk

Cohort

## Follow-up Penilaian Perilaku

Page 8 of 8

## PERILAKU SEKSUAL

Beberapa pertanyaan berikut terkait dengan perilaku seksual. Pertanyaan-pertanyaan berikut bersifat pribadi. Mohon diingat bahwa semua informasi yang Anda berikan bersifat rahasia. Kami mohon Anda memberikan jawaban yang sejujurnya.

33	Dalam sebulan terakhir, apakah Anda melakukan hubungan seks melalui vagina atau anus?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	→ Jika tidak, lanjut ke item 39.
34	Dalam sebulan terakhir, berapa banyak pasangan seks perempuan yang Anda miliki?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	__pasangan seks perempuan
35	Dalam sebulan terakhir, berapa banyak pasangan seks laki-laki yang Anda miliki?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	__pasangan seks lelaki
36	Apakah Anda memiliki pasangan seks tetap seperti suami/istri atau pacar?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	→ Jika tidak, lanjut ke item 38.
	36a. Jenis kelamin pasangan seks tetap Anda?			
	<input type="checkbox"/> Laki-laki	<input type="checkbox"/> Perempuan	<input type="checkbox"/> Lainnya,	(Bahasa lokal) _____
		sebutkan: (English) _____		
37	Dalam sebulan terakhir, berapa kali Anda melakukan hubungan seksual, baik melalui vagina maupun anus dengan pasangan seks tetap Anda?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	__kali → Jika 000, lanjut ke item 38.
	37a. Berapa kali Anda (atau pasangan Anda) menggunakan kondom?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	__kali
38	Dalam sebulan terakhir, berapa kali Anda melakukan hubungan seks, baik melalui vagina maupun anus, dengan seseorang yang bukan pasangan seks tetap Anda?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	__kali → Jika 000, lanjut ke item 39.
	38a. Berapa kali Anda (atau pasangan Anda) menggunakan kondom?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	__kali
Selanjutnya, saya akan menanyakan tentang pasangan seks komersil (membayar atau dibayar). Yang kami maksud dengan pasangan seks komersil adalah orang yang melakukan hubungan seks oral, anus, atau vagina dengan Anda, untuk mendapatkan uang, zat, makanan, atau tempat tinggal.				
39	Dalam sebulan terakhir, berapa kali Anda memberikan pasangan seks Anda uang atau zat untuk berhubungan seks?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	__kali
40	Dalam sebulan terakhir, berapa kali pasangan seks Anda memberikan Anda uang atau zat untuk berhubungan seks?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	__kali

Version 3.0, 22-JUL-15

Indonesian

Completed by: \_\_\_\_\_ (initials/date)

Kuesioner berikut ini mencatat informasi mengenai perilaku partisipan. Melalui pertanyaan-pertanyaan berikut ini, partisipan diminta untuk memberikan jawaban yang bersifat sensitif. Untuk memperoleh jawaban yang jujur dan akurat, sangat penting untuk meyakinkan partisipan bahwa semua informasi akan dijaga kerahasiaannya.

Formulir berikut ini diisi oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Item 36</b>	"Pasangan seks tetap/utama" adalah seseorang yang Anda anggap istri/suami/pacar, dengan siapa Anda melakukan hubungan seks oral, vagina atau anus setidaknya sekali dalam 3 minggu. Jangan memasukkan orang yang dengan siapa Anda berhubungan seks kasual atau sebagai pertukaran untuk mendapatkan uang, zat, makanan atau tempat tinggal.
----------------	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(PHT) 181

Visit Code:   .

Participant ID:

-      -  -

*Site Number      Network Number      Chk      Cohort*

**Hasil Tes HIV Pasangan**

**HASIL TES HIV**

<b>1</b>	Tanggal Pengambilan Spesimen #1:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <p style="text-align: center;"><i>dd      MMM      yy</i></p>	ATAU <input type="checkbox"/>	Tidak dilakukan/ Tidak diambil	Jika tidak dilakukan/tidak dikumpulkan pada saat kunjungan dimana pemeriksaan HIV diharuskan oleh protokol, jelaskan alasan di kolom Komentar.
	1a. Adakah hasil tes HIV yang positif atau reaktif?	<input type="checkbox"/> <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> <i>Tidak</i>			
<b>2</b>	Tanggal Pengumpulan Spesimen #2:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <p style="text-align: center;"><i>dd      MMM      yy</i></p>	ATAU <input type="checkbox"/>	Tidak dilakukan/ Tidak diambil	Jika tidak dilakukan/tidak dikumpulkan pada saat kunjungan dimana pemeriksaan HIV diharuskan oleh protokol, jelaskan alasan di kolom Komentar.
	2a. Adakah hasil tes HIV yang positif atau reaktif?	<input type="checkbox"/> <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> <i>Tidak</i>	2b. Kode Kunjungan Spesimen #2:		<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
<b>3</b>	Status HIV akhir:	<input type="checkbox"/> <i>Negatif</i> <input type="checkbox"/> <i>Positif</i> <input type="checkbox"/> <i>Indeterminan</i>			

Komentar (*Bahasa lokal*): \_\_\_\_\_

Komentar (*English*): \_\_\_\_\_

**CRF Hasil Tes HIV Pasangan Menyuntik (Partner HIV Test Results)** mencatat hasil pemeriksaan HIV di site ketika kunjungan terjadwal dan kunjungan interim. Catat hasil tes di formulir ini setelah hasil dari laboratorium keluar. Fax formulir ini ke DataFax ketika hasil akhir tes keluar dan sudah tercatat.

**Instruksi per item:**

<b>Tanggal Pengambilan Spesimen</b>	Catat tanggal pengambilan spesimen (BUKAN tanggal pelaporan hasil atau pencatatan ke dalam form) untuk kunjungan kali ini.
-------------------------------------	--



Formulir berikut ini diisi oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Item 1a</b>	Jika bisa, tulis tanggal dengan lengkap (hari, bulan, tahun). Jika tanggal pasti tidak diketahui, catat bulan dan tahun.
----------------	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(IFH-2) 186

Visit Code:   . 

Participant 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

Network Number

Chk

Cohort

## Follow-up Perawatan HIV dan ARV Partisipan Indeks

Page 2 of 6

4 Siapa yang paling mendukung Anda dalam dalam pengobatan dan perawatan HIV?

- Tenaga kesehatan (mis. dokter atau perawat)
- Suami/istri
- Pasangan menyuntik
- Pekerja seks
- Orangtua
- Ipar Anda
- Anggota keluarga lain
- Pemuka agama
- Tetangga atau komunitas
- Teman
- Atasan anda
- Lainnya, sebutkan:

Bahasa lokal: \_\_\_\_\_ English: \_\_\_\_\_

5 Seberapa sering Anda bicara dengan keluarga atau pendamping Anda tentang pengobatan HIV Anda?

- Lebih dari satu kali perminggu
- Sebulan sekali
- Seminggu sekali
- Satu kali
- 2-3 kali tiap bulan
- Tidak pernah

6 Sejak kunjungan terakhir, apakah dokter pernah menyarankan anda untuk mulai minum obat ARV bagi kesehatan anda?

- Ya
- Tidak
- Tidak dapat diterapkan

7 Sejak kunjungan terakhir, pernahkah anda datang ke klinik HIV atau apotik untuk mulai pengobatan ARV?

 Ya  Tidak

Version 3.0, 28-APR-16

Indonesian

Completed by: \_\_\_\_\_ (initials/date)

Formulir berikut ini diisi oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Item 6</b>	Jika partisipan tidak pernah bertemu dokter sejak kunjungan terakhir, tandai "tidak dapat diterapkan".
---------------	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(IFH-3) 187

Visit Code:   .

**Participant 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"/>
Site Number		Network Number		Chk	Cohort		

**Follow-up Perawatan HIV dan ARV Partisipan Indeks**

<b>8</b>	Saat ini, apakah anda sedang dalam pengobatan ARV?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	→ <b>Jika tidak, lanjutke item 16 halaman 4.</b>
	8a. Sejak kapan anda mulai pengobatan ARV?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<i>dd</i>	<i>MMM</i>	<i>yy</i>
		ATAU <input type="checkbox"/> Sejak kunjungan terakhir		
<b>9</b>	Sejak kunjungan penelitian terakhir, kepada siapa Anda menceritakan bahwa Anda mulai minum obat ARV? <i>Tandai semua yang sesuai.</i>			
	<input type="checkbox"/> 9a. Suami/Istri/Pacar	<input type="checkbox"/> 9f. Lainnya		
	<input type="checkbox"/> 9b. Anak kandung	<input type="checkbox"/> 9g. Tidak satupun		
	<input type="checkbox"/> 9c. Orangtua	<input type="checkbox"/> 9h. Menolak untuk menjawab		
	<input type="checkbox"/> 9d. Anggota keluarga lain	<input type="checkbox"/> 9i. Saya belum pernah minum ARV sejak kunjungan terakhir		
	<input type="checkbox"/> 9e. Teman			
<b>10</b>	Sejak kunjungan terakhir, pernahkan dokter anda merubah jenis obat ARV Anda?			
	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	→ <b>Jika tidak, lanjut ke item 2.</b>	
	10a. Apakah obat ARV Anda diganti karena efek samping atau alasan lainnya?			
	<input type="checkbox"/> Efek samping	<input type="checkbox"/> Alasan lain		
<b>11</b>	Kita tahu bahwa sangat sulit minum obat ARV tepat waktu. Kapan terakhir anda lupa minum obat ARV?			
	<input type="checkbox"/> Dalam minggu terakhir	<input type="checkbox"/> 3-4 minggu lalu	<input type="checkbox"/>	Tidak pernah lupa minum dalam 3 bulan terakhir → <b>Bagian akhir formulir.</b>
	<input type="checkbox"/> 1-2 minggu lalu	<input type="checkbox"/> 1-3 bulan lalu		
<b>12</b>	Dalamsatu bulan terakhir, berapa hari anda lupa minum obat minimal 1 tablet?			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	__hari	
<b>13</b>	Apakah anda lupa minum obat minimal 1 tablet dalamempat hari terakhir?			
	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	→ <b>Jika tidak, lanjutke item 15 halaman 4.</b>	
	13a. Dalam empat hari terakhir, berapa hari anda lupa minum obat minimal satu tablet?			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	__hari	
<b>14</b>	Apakah anda lupa minum obat minimal 1 tablet kemarin?			
	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak		

Formulir berikut ini diisi oleh pewawancara.



Visit Code:   .

No data recorded on this page

Participant ID:

-     -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

**Follow-up Perawatan HIV dan ARV Partisipan Indeks**

**15** Terakhir kalinya Anda lupa minum obat minimal satu tablet, alasan mana yang paling tepat menggambarkan situasi Anda?  
Pilih salah satu. **Bagian akhir formulir.**

- Saya lupa
- Tidak ada obat saat jadwal minum
- Saya tidak ingin orang di dekat saya melihat saya minum obat
- Saya ingin menghindari efek samping
- Saya merasa sehat
- Saya mabuk
- Saya tidak memiliki perilaku yang dapat menularkan HIV ke orang lain
- Saya tidak percaya obat ARV bermanfaat
- Tidak dapat diterapkan - tidak pernah lupa
- Lainnya, sebutkan:

Bahasa lokal: \_\_\_\_\_ English: \_\_\_\_\_

**16** Jika Anda sudah minum obat ARV sejak kunjungan terakhir, apakah anda pernah berhenti minum obat ARV? Yang kami maksud dengan berhenti minum obat ARV adalah Anda tidak minum obat tersebut dalam 2 minggu terakhir.  Ya  Tidak → **Jika tidak, lanjut ke item 18.**

**17** Kapan anda berhenti minum obat ARV?

dd                      MMM                      yy

Formulir berikut ini diisi oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Tidak ada data yang dicatat di halaman ini</b>	Tandai kotak ini jika tidak ada data yang dicatat di halaman ini selain ID Partisipan, Kode Kunjungan, dan Inisial Staf/Tanggal.
---	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(IFH-5) 189

Visit Code:   .

No data recorded on this page

Participant ID:

-      -  -

*Site Number      Network Number      Chk      Cohort*

**Follow-up Perawatan HIV dan ARV Partisipan Indeks**

		<i>Setuju</i>	<i>Tidak setuju</i>	<i>Tidak sesuai/ Tidak dapat dit- erapkan</i>
<b>18</b>	Terkadang orang mengalami kesulitan untuk minum obat ARV karena alasan atau kondisi personal. Apakah alasan anda berhenti minum atau belum memulai minum obat ARV?			
	18a. Anda tidak merasa butuh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18b. Anda tidak punya waktu pergi ke klinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18c. Anda tidak punya energi atau motivasi untuk pergi ke klinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18d. Anda melewatkan janji temu klinik sehingga sulit untuk kembali.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18e. Anda terlalu sakit untuk pergi ke klinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18f. Penggunaan narkoba Anda menghalangi Anda pergi ke klinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18g. Anda mengalami efek samping obat atau komplikasi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18h. Anda tidak pahamkapan harus minum obat ARV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18i. Anda kehilangan atau menjual obat ARV Anda atau obat ARV Anda dicuri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18j. Ketergantungan alkohol menghambat anda untuk pergi ke klinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18k. Anda harus mengantri lama (di klinik) sehingga Anda memilih pergi (tanpa menemui dokter).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19</b>	Terkadang orang merasa sulit untuk minum obat ARV karena keluarga atau teman. Apakah alasan Anda berhenti minum atau belum memulai minum obat ARV?			
	19a. Anda tidak mendapatkan dukungan dari keluarga atau teman.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19b. Anda tidak ingin orang lain tahu anda terinfeksi HIV (mis. melihat Anda minum obat).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulir berikut ini diisi oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Tidak ada data yang dicatat di halaman ini</b>	Tandai kotak ini jika tidak ada data yang dicatat di halaman ini selain ID Partisipan, Kode Kunjungan, dan Inisial Staf/Tanggal.
---	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(IFH-6) 190

Visit Code:   .

No data recorded on this page

Participant ID:

-      -  -

*Site Number                      Network Number                      Chk                      Cohort*

**Follow-up Perawatan HIV dan ARV Partisipan Indeks**

<b>20</b>	Banyak orang merasa sulit untuk minum obat ARV, meskipun sebelumnya sudah pernah minum obat ARV, karena tantangan/kendala dalam sistem kesehatan/proses layanan kesehatan. Apakah alasan Anda berhenti minum atau belum memulai obat ARV?			
		<i>Setuju</i>	<i>Tidak setuju</i>	<i>Tidak sesuai/ Tidak dapat diterapkan</i>
20a.	Anda tidak memiliki dokumen yang diperlukan (misalnya dokumen resmi, kartu identitas, hasil tes) yang dibutuhkan oleh klinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20b.	Obat ARV mahal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20c.	Obat ARV tidak tersedia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20d.	Penyedia layanan HIV tidak akan melanjutkan pengobatan atau resep Anda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20e.	Anda tidak tahu bagaimana dan dimana memperoleh obat ARV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20f.	Transpor ke klinik sulit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20g.	Anda sedang bepergian.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20h.	Anda dalam penjara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20i.	Anda takut ditangkap karena penyalahgunaan NAPZA Anda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20j.	Anda akan terdaftar di pemerintah sebagai pecandu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21** Apakah ada alasan lain yang membuat Anda sulit untuk melanjutkan minum obat ARV atau yang membuat Anda belum minum obat ARV?  
*Bahasa lokal:* \_\_\_\_\_  
*English:* \_\_\_\_\_

Formulir berikut ini diisi oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Tidak ada data yang dicatat di halaman ini</b>	Tandai kotak ini jika tidak ada data yang dicatat di halaman ini selain ID Partisipan, Kode Kunjungan, dan Inisial Staf/Tanggal.
---	--



Visit Code:   .

Participant ID:

-      -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

Assessment Date:

dd      MMM      yy

**Follow-up Terapi Adiksi**

**1** Sejak kunjungan terakhir, apakah Anda pernah mulai Medication Assisted Treatment (MAT; Metadon atau Buprenorfin) sebagai terapi adiksi Anda?  Ya       Tidak → *Jika tidak, lanjut ke item 2.*

1a. Kapan kunjungan terakhir Anda?

dd      MMM      yy

**2** Apakah saat ini Anda sedang terapi metadon atau buprenorfin?  Ya       Tidak → *Jika tidak, lanjut ke item 3.*  
*Jika ya, dan ini pertama kalinya partisipan mengikuti MAT selama studi berlangsung, lengkapi CRF Inisiasi Terapi Adiksi (Substance Use Treatment Initiation).*

2a. Saat ini, berapa lama anda sudah mengikuti MAT (Metadon atau Buprenorfin)?   beberapa bulan

**3** Jika Anda berada dalam terapi adiksi sejak kunjungan terakhir Anda, apakah Anda pernah berhenti metadon atau buprenorfin? Yang kami maksud dengan berhenti adalah Anda tidak mengikuti terapi setidaknya selama 2 minggu.  Ya       Tidak → *Jika tidak, formulir selesai.*

3a. Kapan Anda berhenti minum metadon atau buprenorfin?

dd      MMM      yy

CRF ini mencatat status terapi adiksi partisipan selama penelitian.

Formulir berikut ini diisi oleh pewawancara.



(HPTN 074) DF/Net 074

(FSU-2) 202

Visit Code:   .

No data recorded on this page

Participant ID:

-      -  -

*Site Number*      *Network Number*      *Chk*      *Cohort*

**Follow-up Terapi Adiksi**

		<i>Setuju</i>	<i>Tidak setuju</i>	<i>Tidak sesuai/ Tidak dapat diterapkan</i>
<b>4</b>	Terkadang orang mengalami kesulitan untuk tetap minum metadon atau buprenorfin karena situasi atau kondisi personal. Apa alasan Anda berhenti terapi metadon atau buprenorfin?			
4a.	Anda ingin tetap menyuntik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b.	Anda ingin mengatasi masalah adiksi Anda atau berhenti menyuntik atas kemauan sendiri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4c.	Anda mengalami efek samping atau gejala putus obat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4d.	Kegiatan menyuntik Anda menghalangi Anda pergi ke klinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4e.	Pemakaian narkoba Anda menghalangi Anda pergi ke klinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4f.	Anda terlalu sakit untuk pergi ke klinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4g.	Anda melewatkan janji temu, sulit untuk kembali lagi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4h.	Anda dapat menangani masalah adiksi Anda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4i.	Ketergantungan alkohol menghambat anda untuk pergi ke klinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Terkadang sulit bagi orang untuk melanjutkan minum metadon atau buprenorfin karena keluarga atau teman. Apakah alasan anda berhenti terapi metadon atau buprenorfin?			
5a.	Tidak mendapat dukungan dari keluarga atau teman.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5b.	Anda tidak ingin berhenti menemui teman menyuntik Anda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5c.	Keluarga Anda keberatan dengan terapi adiksi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5d.	Anda merasa tidak mendapatkan dukungan yang cukup dari teman dan keluarga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CRF ini mencatat status terapi adiksi partisipan selama penelitian.

Formulir berikut ini diisi oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Tidak ada data yang dicatat di halaman ini</b>	Tandai kotak ini jika tidak ada data yang dicatat di halaman ini selain ID Partisipan, Kode Kunjungan, dan Inisial Staf/Tanggal.
---	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(FSU-3) 203

Visit Code:

No data recorded on this page

Participant ID:

-      -  -

*Site Number      Network Number      Chk      Cohort*

**Follow-up Terapi Adiksi**

<b>6</b>	<p>Terkadang orang merasa sulit untuk terus mengikuti terapi metadon atau buprenorfin, bahkan jika sebelumnya mereka telah mencoba, karena tantangan dalam sistem kesehatan/proses layanan kesehatan. Apakah alasan Anda tidak melanjutkan metadon atau buprenorfin?</p>			
		<i>Setuju</i>	<i>Tidak setuju</i>	<i>Tidak sesuai/ Tidak dapat diterapkan</i>
	6a. Daftar tunggu terlalu panjang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6b. Anda tidak memiliki dokumen penting yang dibutuhkan (KTP, dokumen pendukung lainnya).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6c. Anda merasa bahwa masuk ke dalam layanan adiksi terlalu merepotkan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6d. Anda tidak tahu bagaimana atau kemana harus pergi untuk mendapatkan layanan adiksi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6e. Transpor ke klinik sulit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6f. Anda sedang bepergian.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6g. Anda dalam penjara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6h. Anda takut ditangkap karena penyalahgunaan NAPZA Anda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6i. Anda takut kehilangan pekerjaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6j. Anda diminta keluar dari layanan adiksi berbasis obat (Medication-Assisted Treatment; MAT).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7** Apakah ada alasan lain yang membuat Anda sulit untuk melanjutkan MAT atau buprenorphine?

*Bahasa lokal:* \_\_\_\_\_

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

CRF ini mencatat status terapi adiksi partisipan selama penelitian.

Formulir berikut ini diisi oleh pewawancara.

**Instruksi per item:**

<b>Tidak ada data yang dicatat di halaman ini</b>	Tandai kotak ini jika tidak ada data yang dicatat di halaman ini selain ID Partisipan, Kode Kunjungan, dan Inisial Staf/Tanggal.
---	--



Kuesioner ini digunakan bersama dengan Manual Intervensi untuk mencatat pertemuan partisipan dengan System Navigator. Lengkapi kuesioner ini setiap kali partisipan mengontak System Navigator.

**Instruksi per item:**

<b>Jumlah Pertemuan</b>	Jumlah pertemuan secara terurut selama penelitian yang dimulai dari 001. Jangan mengulang nomor urut pertemuan. Jangan menomori ulang pertemuan setelah kuesioner difaks, kecuali diminta oleh SDMC.
<b>Identitas staf penelitian</b>	Tulis identitas staf penelitian yang melakukan pertemuan ini. Jangan gunakan nama lengkap; cukup inisial namanya (belakang, depan). Jika lebih dari satu staf berbagi inisial yang sama, gunakan inisial nama tengah.
<b>Jenis kegiatan</b>	Sebutkan jenis kegiatannya: kontak awal, mingguan, atau bulanan seperti yang disebutkan dalam protokol. Jika kontak tersebut bukan pertemuan terjadwal, atau karena adanya kondisi krisis, tulis "interim".



(HPTN 074) DF/Net 074

(SNE-2) 211

Encounter #:

Note: Number encounters sequentially (001, 002, 003) for each participant.

Participant ID:

---

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

**Pertemuan Dengan System Navigator**

<b>8</b>	Lamanya kegiatan berlangsung:	0 - 5 menit <input type="checkbox"/>	6 - 10 menit <input type="checkbox"/>	11 - 15 menit <input type="checkbox"/>
		16 - 30 menit <input type="checkbox"/>	31 - 60 menit <input type="checkbox"/>	60+ menit <input type="checkbox"/>
<b>9</b>	Fokus utama pertemuan:			
	<input type="checkbox"/> Terapi adiksi	<input type="checkbox"/> Hukum		
	<input type="checkbox"/> Layanan HIV	<input type="checkbox"/> Layanan kesehatan seksual		
	<input type="checkbox"/> Layanan Alat Suntik Steril (LASS)	<input type="checkbox"/> Layanan sosial		
	<input type="checkbox"/> Inisiasi/manajemen obat ARV	<input type="checkbox"/> Pemuka agama		
	<input type="checkbox"/> Bantuan dari pendamping utama	<input type="checkbox"/> Tetangga Anda atau anggota masyarakat		
	<input type="checkbox"/> Manajemen jejaring sosial	<input type="checkbox"/> Manajemen klinis/medis		
	<input type="checkbox"/> Konseling tambahan	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:		
		Bahasa lokal: _____		
		English: _____		
<b>10</b>	Topik lain yang dibahas: <i>Tandai semua yang sesuai.</i>			
	<input type="checkbox"/> 10a. Terapi adiksi	<input type="checkbox"/> 10h. Hukum		
	<input type="checkbox"/> 10b. Layanan HIV	<input type="checkbox"/> 10i. Layanan kesehatan seksual		
	<input type="checkbox"/> 10c. Layanan Alat Suntik Steril (LASS)	<input type="checkbox"/> 10j. Layanan sosial		
	<input type="checkbox"/> 10d. Inisiasi/manajemen obat ARV	<input type="checkbox"/> 10k. Pemuka agama		
	<input type="checkbox"/> 10e. Bantuan dari pendamping utama	<input type="checkbox"/> 10l. Tetangga Anda atau anggota masyarakat		
	<input type="checkbox"/> 10f. Manajemen jejaring sosial	<input type="checkbox"/> 10m. Manajemen klinis/medis		
	<input type="checkbox"/> 10g. Konseling tambahan	<input type="checkbox"/> 10n. Lainnya, sebutkan:		
		Bahasa lokal: _____		
		English: _____		

Kuesioner ini digunakan bersama dengan Manual Intervensi untuk mencatat pertemuan partisipan dengan System Navigator. Lengkapi kuesioner ini setiap kali partisipan mengontak System Navigator.

**Instruksi per item:**

<b>Jumlah Pertemuan</b>	Jumlah pertemuan secara terurut selama penelitian yang dimulai dari 001. Jangan mengulang nomor urut pertemuan. Jangan menomori ulang pertemuan setelah kuesioner difaks, kecuali diminta oleh SDMC.
-------------------------	--



Encounter #:

Note: Number encounters sequentially (001, 002, 003) for each participant.

Participant ID:

---

Site Number Network Number Chk Cohort

**Pertemuan Dengan System Navigator**

<b>11</b>	Penilaian status klien:  <input type="checkbox"/> <i>Klien tidak memiliki isu psikosial rumit yang mendesak</i>  <input type="checkbox"/> <i>Klien memiliki isu psikosial rumit berisiko minimum terhadap kepatuhan minum obat ARV atau terapi adiksi</i>  <input type="checkbox"/> <i>Klien memiliki isu psikosial rumit berisiko moderat terhadap kepatuhan minum obat ARV atau terapi adiksi</i>  <input type="checkbox"/> <i>Klien memiliki isu psikosial rumit yang membahayakan kepatuhan minum obat ARV atau terapi adiksi</i>
<b>12</b>	Pada pertemuan ini, apakah dibuat rujukan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak → <i>Jika tidak, lanjut ke item 13.</i>  12a. Rujukan tersebut untuk? <i>Tandai semua yang sesuai.</i>  <input type="checkbox"/> <i>Layanan HIV (obat ARV)</i> <input type="checkbox"/> <i>LASS</i> <input type="checkbox"/> <i>Terapi adiksi tahap awal</i> <input type="checkbox"/> <i>Konseling kesehatan jiwa</i> <input type="checkbox"/> <i>Re-entri ke dalam terapi adiksi</i>
<b>13</b>	Dalam pertemuan ini, apakah partisipan melaporkan adanya dampak sosial? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak → <i>Jika ya, lengkapi Social Impact Log untuk setiap dampak yang dialami. Jika pertemuan ini bersifat interim, lengkapi Formulir Kunjungan Follow-up.</i>
<b>14</b>	Pada pertemuan ini, apakah partisipan melaporkan adanya Kejadian Tidak Diinginkan yang Serius (Serious Adverse Event) yang dialaminya? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak → <i>Jika ya, lengkapi Adverse Event Log untuk setiap kejadian yang dilaporkan. Jika pertemuan ini bersifat interim, lengkapi Formulir Kunjungan Follow-up.</i>
<b>15</b>	Pada pertemuan ini, apakah partisipan melaporkan bahwa dia mulai pengobatan ARV? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak → <i>Jika ya, lengkapi CRF Inisiasi Obat ARV Partisipan Indeks. Jika pertemuan ini bersifat interim, lengkapi Formulir Kunjungan Follow-up.</i>
<b>16</b>	Pada pertemuan ini, apakah partisipan melaporkan bahwa dia mulai terapi adiksi? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak → <i>Jika ya, lengkapi CRF Terapi Adiksi. Jika pertemuan ini bersifat interim, lengkapi Formulir Kunjungan Follow-up.</i>

Kuesioner ini digunakan bersama dengan Manual Intervensi untuk mencatat pertemuan partisipan dengan System Navigator. Lengkapi kuesioner ini setiap kali partisipan mengontak System Navigator.

**Instruksi per item:**

<b>Jumlah Pertemuan</b>	Jumlah pertemuan secara terurut selama penelitian yang dimulai dari 001. Jangan mengulang nomor urut pertemuan. Jangan menomori ulang pertemuan setelah kuesioner difaks, kecuali diminta oleh SDMC.
-------------------------	--



(HPTN 074) DF/Net 074

(PSY-1) 225

Encounter #:

Note: Number encounters sequentially (001, 002, 003) for each participant.

Participant ID:

-  -  -   
 Site Number      Network Number      Chk      Cohort

Assessment Date:     
 dd      MMM      yy

**Pertemuan Psikososial**

**1** Identitas Konselor: \_\_\_\_\_

**2** Jenis kontak:

Kunjungan penelitian

Kontak telepon

Kontak diluar site penelitian, sebutkan:

Bahasa lokal: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

**3** Jenis kegiatan:

Sesi perkenalan

Sesi pertama

Sesi kedua

Sesi tambahan

Sesi partisipan indeks dan orang dukungan

**4** Apakah partisipan memiliki pendamping yang ditunjuknya?  Ya  Tidak → *Jika tidak, lanjut ke item 5 di halaman 2.*

4a. Apakah pendamping tersebut ikut serta dalam pertemuan ini?  Ya  Tidak

4b. Apa hubungan partisipan dengan pendamping tersebut?

Suami/Istri/Pasangan/pacar

Teman

Ayah/Ibu

Lainnya, sebutkan:

Saudara kandung

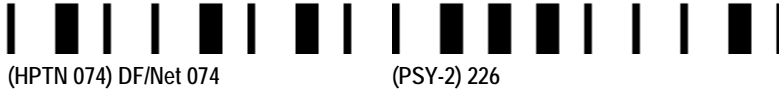
Bahasa lokal: \_\_\_\_\_ English: \_\_\_\_\_

Anggota keluarga lainnya

Kuesioner ini digunakan bersama dengan Manual Intervensi untuk mencatat pertemuan partisipan dengan System Navigator. Lengkapi kuesioner ini setiap kali partisipan mengontak System Navigator.

**Instruksi per item:**

<b>Identitas Konselor</b>	Tulis identitas staf penelitian yang melakukan pertemuan. Jangan gunakan nama lengkap; cukup catat inisial.
-------------------------------	---



Encounter #:

Note: Number encounters sequentially (001, 002, 003) for each participant.

Participant 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"/>
Site Number		Network Number			Chk	Cohort	

**Pertemuan Psikososial**

5 Pilih topik yang dibahas dalam sesi konseling. *Tandai semua yang sesuai.*

- 5a. Menghadapi infeksi HIV
- 5b. Membuka status HIV
- 5c. Pengurangan risiko
- 5d. Kepatuhan minum obat ARV dan/atau membuat rencana untuk minum obat ARV dengan teratur
- 5e. Masuk ke dalam layanan
- 5f. Kemampuan komunikasi mengenai kepatuhan
- 5g. Kemampuan komunikasi mengenai risiko seksual
- 5h. Kemampuan komunikasi mengenai risiko menyuntik
- 5i. Dukungan sosial/pertemanan
- 5j. Melek HIV
- 5k. Lainnya, sebutkan: \_\_\_\_\_

Bahasa lokal: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

Kuesioner ini digunakan bersama dengan Manual Intervensi untuk mencatat pertemuan partisipan dengan System Navigator. Lengkapi kuesioner ini setiap kali partisipan mengontak System Navigator.



(HPTN 074) DF/Net 074

(PSY-3) 227

Encounter #:

Note: Number encounters sequentially (001, 002, 003) for each participant.

Participant ID:

---

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

**Pertemuan Psikososial**

**6** Kendala untuk pengobatan ARV dibahas. *Tandai semua yang sesuai.*

- 6a. *Butuh obat ARV*
- 6b. *Sulit mendapatkan obat ARV*
- 6c. *Waktu untuk pergi ke klinik*
- 6d. *Kendala untuk pergi ke klinik*
- 6e. *Isu/kendala di klinik*
- 6f. *Tidak datang pada jadwal konsul sebelumnya*
- 6g. *Terlalu sakit*
- 6h. *Kendala akibat ketergantungan alkohol*
- 6i. *Kendala akibat ketergantungan zat*
- 6j. *Tidak punya makanan/air untuk minum obat*
- 6k. *Tidak paham kapan waktunya/bagaimana caranya minum obat*
- 6l. *Efek samping/komplikasi*
- 6m. *Dukungan keluarga atau teman*
- 6n. *Isu pembukaan status, termasuk rasa takut statusnya diketahui tanpa sengaja, strategi untuk membuka status*
- 6o. *Mengarahkan isu structural - rujuk ke System Navigator*
- 6p. *Lainnya, sebutkan:* Bahasa lokal: \_\_\_\_\_  
English: \_\_\_\_\_
- 6q. *Tidak ada hambatan yang ditemui*

Kuesioner ini digunakan bersama dengan Manual Intervensi untuk mencatat pertemuan partisipan dengan System Navigator. Lengkapi kuesioner ini setiap kali partisipan mengontak System Navigator.



(HPTN 074) DF/Net 074

(PSY-4) 228

Encounter #:

Note: Number encounters sequentially (001, 002, 003) for each participant.

Participant ID:

---

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

**Pertemuan Psikososial**

**7** Kendala untuk program metadon/buprenorfin dibahas. *Tandai semua yang sesuai.*

- 7a. Butuh metadon/buprenorfin
- 7b. Sulit mendapatkan obat
- 7c. Waktu untuk pergi ke klinik
- 7d. Kendala untuk pergi ke klinik
- 7e. Tidak datang pada jadwal konsul sebelumnya
- 7f. Terlalu sakit
- 7g. Kendala akibat ketergantungan alkohol
- 7h. Kendala akibat ketergantungan zat
- 7i. Tidak punya makanan/air untuk minum obat
- 7j. Tidak paham kapan waktunya/bagaimana caranya minum obat
- 7k. Efek samping/komplikasi
- 7l. Dukungan keluarga atau teman
- 7m. Mengarahkan isu structural - rujuk ke System Navigator
- 7n. Lainnya, sebutkan: Bahasa lokal: \_\_\_\_\_  
English: \_\_\_\_\_
- 7o. Tidak ada hambatan yang ditemui

<b>8</b>	Lamanya sesi (dalam menit):	0-5 menit	6-10 menit	11-15 menit
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		16-30 menit	31-60 menit	60+ menit
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9** Hasil dari konseling ini, apakah layanan System Navigator diperlukan?  Ya       Tidak

Kuesioner ini digunakan bersama dengan Manual Intervensi untuk mencatat pertemuan partisipan dengan System Navigator. Lengkapi kuesioner ini setiap kali partisipan mengontak System Navigator.



(HPTN 074) DF/Net 074

(SS) 230

Visit Code:   

Participant 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

Network Number

Chk

Cohort

**Penyimpanan spesimen****1 PLASMA**

Tanggal pengumpulan spesimen:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

dd

MMM

yy

 Tersimpan Tidak tersimpan Tidak diambil Tidak diperlukan

1a. Alasan mengapa tidak tersimpan atau tidak diambil:

Bahasa lokal: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

**2 URIN BEKU**

Tanggal pengumpulan spesimen:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

dd

MMM

yy

 Tersimpan Tidak tersimpan Tidak diambil Tidak diperlukan

2a. Alasan mengapa tidak tersimpan atau tidak diambil:

Bahasa lokal: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

**3 KARTU (CARTRIDGE) URIN KERING**

Tanggal pengumpulan spesimen:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

dd

MMM

yy

 Tersimpan Tidak tersimpan Tidak diambil Tidak diperlukan

3a. Alasan mengapa tidak tersimpan atau tidak diambil:

Bahasa lokal: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

**4 KERTAS SARING URIN KERING**

Tanggal pengumpulan spesimen:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

dd

MMM

yy

 Tersimpan Tidak tersimpan Tidak diambil Tidak diperlukan

4a. Alasan mengapa tidak tersimpan atau tidak diambil:

Bahasa lokal: \_\_\_\_\_

English: \_\_\_\_\_

Komentar (bahasa lokal): \_\_\_\_\_

Komentar (English): \_\_\_\_\_

Formulir ini digunakan untuk mencatat penyimpanan spesimen yang akan diuji di laboratorium selain laboratorium lokal.

**Instruksi per item:**

<b>Items 1-4</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tandai "tidak disimpan" jika spesimen yang harus dikumpulkan pada kunjungan ini tidak disimpan.</li><li>• Tandai " tidak diambil" jika spesimen yang harus dikumpulkan dan di simpan pada kunjungan ini tapi tidak terkumpul.</li><li>• Tandai "tidak diperlukan" jika spesimen tidak diperlukan dan tidak diambil dan disimpan pada kunjungan ini.</li></ul>
------------------	---



(HPTN 074) DF/Net 074

(ACL) 232

Page:

Participant ID:

-      -  -

*Site Number      Network Number      Chk      Cohort*

Date of Contact:

*dd      MMM      yy*

**Kontak Agensi**

**1** Kontak diprakarsai oleh:

*System Navigator*  
 *Konselor*  
 *Agensi/klinik*  
 *Lainnya, sebutkan: (Bahasa lokal) \_\_\_\_\_ (English) \_\_\_\_\_*

**2** Jenis fasilitas yang dikontak:

*Klinik HIV*  
 *Fasilitas terapi adiksi*  
 *Program Layanan Alat Suntik Steril*  
 *Fasilitas/konselor kesehatan jiwa*  
 *Layanan kesehatan seksual*  
 *Layanan sosial*  
 *Layanan medis/klinis*  
 *Hukum/peradilan*  
 *Lainnya, sebutkan: (Bahasa lokal) \_\_\_\_\_ (English) \_\_\_\_\_*

**3** Jenis kontak:

*Tatap muka*  
 *Telepon*  
 *Email/internet*  
 *Pesan teks/SMS*  
 *Lainnya, sebutkan: (Bahasa lokal) \_\_\_\_\_ (English) \_\_\_\_\_*

Formulir ini mencatat setiap kontak, antara staf penelitian HPTN 074 dan agensi/klinik rujukan, yang dibuat atas nama partisipan indeks. Satu CRF **Kontak Agensi** harus dikumpulkan untuk setiap kontak yang dibuat.



(HPTN 074) DF/Net 074

(EXT) 315

Participant ID:

<i>Site Number</i>			<i>Network Number</i>				<i>Chk</i>		<i>Cohort</i>		

Form Completion Date:

<i>dd</i>		<i>MMM</i>		<i>yy</i>	

**Studi Lanjutan**

**1** Apakah partisipan meneruskan partisipasi dalam HPTN 074?  *ya*  *tidak* → *Jika tidak, lanjut ke item 2.*

1a. Jika ya, tulis tanggal partisipan memberikan persetujuan:         → *Bagian akhir formulir.*

*dd MMM yy*

**2** Apa alasan utama untuk tidak meneruskan partisipasi dalam Studi lanjutan HPTN 074? *Pilih salah satu.*

Partisipan meninggal → *Tanggal kematian:*

Keputusan peneliti, sebutkan: \_\_\_\_\_

Partisipan menolak untuk meneruskan partisipasinya, sebutkan: \_\_\_\_\_

Partisipan pindah tempat tinggal diluar lokasi penelitian

Dipenjara

Rehabilitasi wajib

Tidak dapat menghubungi partisipan

Lainnya, sebutkan: \_\_\_\_\_

**Tujuan:** Formulir ini perlu diisi oleh semua partisipan HPTN 074 tanpa melihat enrollmen ke dalam studi lanjutan HPTN 074.



Formulir ini untuk mencatat hasil CD4 dan viral load didokumentasikan per protokol.

**Instruksi per item:**

<b>Tanggal pengambilan spesimen awal</b>	Catat tanggal spesimen pertama dikumpulkan (bukan tanggal hasil yang dilaporkan/dicatat) untuk kunjungan ini. Tanggal harus ditulis lengkap.								
<b>Tidak dilakukan/tidak diambil</b>	Tandai kotak ini jika spesimen tidak dikumpulkan, atau jika spesimen dikumpulkan tapi hasilnya tidak tersedia karena spesimen hilang atau rusak.								
<b>Tanggal Pengumpulan Pengganti</b>	Tanggal ini akan selesai hanya jika spesimen dikumpulkan setelah Tanggal Pengambilan Spesimen Awal. Spesimen yang diambil pada kunjungan yang sama namun di hari yang berbeda harus dicatat pada formulir yang sama hanya ketika spesimen diambil dalam kurun waktu kunjungan yang ditentukan (masa jendela). Tanggal harus ditulis lengkap.								
<b>Laporan hasil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jika spesimen dikumpulkan namun hasil tidak ada karena spesimen hilang atau rusak, coret (buat satu garis) kotak hasil, tulis inisial dan tanggal, dan jelaskan alasannya di bagian Keterangan.</li> <li>Jika lab tidak mengeluarkan hasil tes dalam unit yang tertera di formulir ini, hasil harus dirubah sebelum CRF laboratorium difaks ke SCHARP. Lihat Prosedur Spesifik Studi untuk petunjuk konversi.</li> <li>Penting untuk menggenapkan hasil lab ke bawah atau ke atas berdasarkan tingkat presisi yang terdapat pada CRF.</li> </ul> <p>Jika lab tidak mengeluarkan hasil tes dalam unit yang digunakan formulir ini, yang pertama dilakukan adalah melakukan konversi kemudian menggenapkan hasil konversi jika diperlukan.</p>								
<b>Item 2a</b>	Tandai kotak "kurang dari" (<), "sama dengan" (=) , atau "lebih besar dari" (>) yang sesuai dan catat nilainya. Sebagai contoh, jika hasil tes 3.100 kopi, tandai kotak sama dengan (=) dan tulis "0003100" sebagai hasil tes. Jika hasil tes yang dilaporkan adalah < 400 kopi, tandai kotak "kurang dari" (<) dan tulis hasil "0000400" sebagai nilai .								
<b>Item 2b</b>	<p>Catat empat digit kode kit RNA PCR dari tabel di bawah ini.</p> <table border="1" data-bbox="376 1352 1246 1568"> <thead> <tr> <th>RNA PCR Kit</th> <th>Code</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Abbott m2000 Real-time</td> <td>0406</td> </tr> <tr> <td>Roche Cobas AmpliPrep/Cobas Tagman Ver. 1.0</td> <td>0108</td> </tr> <tr> <td>Roche Cobas AmpliPrep/Cobas Tagman Ver. 2.0</td> <td>0110</td> </tr> </tbody> </table>	RNA PCR Kit	Code	Abbott m2000 Real-time	0406	Roche Cobas AmpliPrep/Cobas Tagman Ver. 1.0	0108	Roche Cobas AmpliPrep/Cobas Tagman Ver. 2.0	0110
RNA PCR Kit	Code								
Abbott m2000 Real-time	0406								
Roche Cobas AmpliPrep/Cobas Tagman Ver. 1.0	0108								
Roche Cobas AmpliPrep/Cobas Tagman Ver. 2.0	0110								



(HPTN 074) DF/Net 074

(AE) 460

Page:

Participant ID:

-     -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

Date Reported to Site:

dd      MMM      yy

**Catatan Kejadian Tidak Diinginkan Yang Dialami**

1	Adverse Experience (AE): <i>Catat diagnosa dalam bahasa Inggris jika tersedia. Catat pula lokasi anatomis, jika memungkinkan.</i>		
2	Tanggal munculnya kejadian:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	dd      MMM      yy
3	Tingkat keparahan:	<input type="checkbox"/> Tingkat 1 (ringan) <input type="checkbox"/> Tingkat 3 (parah) <input type="checkbox"/> Tingkat 5 (kematian) <input type="checkbox"/> Tingkat 2 (sedang) <input type="checkbox"/> Tingkat 4 (berpotensi membahayakan jiwa)	
4	Hubungan kejadian AE dengan produk penelitian:	<input type="checkbox"/> Berhubungan <input type="checkbox"/> Tidak berhubungan	<i>Jika tidak berhubungan, catat alasan atau penyebab lainnya dalam Komentar.</i>
5	Pemberian produk penelitian:	<input type="checkbox"/> Tidak ada perubahan <input type="checkbox"/> Ditunda <input type="checkbox"/> Dihentikan secara permanen <input type="checkbox"/> Tidak sesuai	
6	Status atau hasil AE:	<input type="checkbox"/> Pemberian dilanjutkan <input type="checkbox"/> Dapat diselesaikan <input type="checkbox"/> Kematian <input type="checkbox"/> Tingkat keparahan/frekuensi kejadian meningkat ( <i>Laporkan sebagai AE baru</i> ) <input type="checkbox"/> Terus berlanjut saat mengakhiri partisipasi dalam penelitian	6a. Status/hasil AE: ( <i>biarkan kosong jika Status/Hasil adalah "pemberian dilanjutkan".</i> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dd      MMM      yy
7	Pengobatan: <i>Tandai "tidak ada" atau semua yang sesuai.</i>	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Pengobatan <input type="checkbox"/> Prosedur/operasi <input type="checkbox"/> Rawat inap diperpanjang/baru <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan: _____ <i>Beri komentar di bawah ini.</i> <i>Beri komentar di bawah ini.</i>	<i>Beri komentar di bawah ini.</i>
8	Apakah ini AE yang parah berdasarkan pedoman ICH?	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
9	Apakah AE ini pernah atau akan dilaporkan sebagai EAE (jika SUSAR)?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
10	Pada kunjungan ke berapa kejadian AE ini pertama kali dilaporkan? <i>Catat kode yang diperlukan (reguler atau interim).</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	kode kunjungan

Komentar (Bahasa lokal): \_\_\_\_\_

Komentar (English): \_\_\_\_\_

Untuk mencatat AE tingkat 3 atau di atasnya dan hanya untuk SAE. Jika kumpulan gejala yang dilaporkan pada halaman AE Log kemudian berkaitan dengan satu diagnosa, rubah gejala-gejala awal yang dilaporkan menjadi diagnosa final. Sebagai tambahan, catat halaman AE Log untuk gejala lain dengan kalimat "dihapus karena diagnosa pada AE halaman #" (sebutkan nomor halaman dari diagnosa AE tersebut).

### Instruksi per item:

<b>Halaman</b>	Beri nomor pada setiap halaman secara berurutan sepanjang penelitian, dimulai dengan 001. Jangan mengulang penomoran halaman. Jangan menomori ulang halaman AE Log setelah difaks, kecuali diinstruksikan oleh SCHARP.
<b>Item 1</b>	Kapanpun memungkinkan, tulis diagnosa dibandingkan daftar kumpulan gejala. Jika tidak ada diagnosa, setiap gejala harus dicatat pada halaman terpisah AE Log. Jika terdapat hasil lab yang abnormal, catat kisaran normal lab dengan dengan arah abnormal tersebut (mis. lebih tinggi atau rendah dari normal).
<b>Item 2</b>	Setidaknya, catat bulan dan tahun yang dibutuhkan. Catat satu dari beberapa hal berikut, dengan tepat: tanggal partisipan melaporkan pertama kali mengalami AE; jika AE diketahui saat kunjungan penelitian, catat tanggal kunjungan penelitian; jika AE merupakan hasil lab yang abnormal, catat tanggal ketika spesimen dikumpulkan.
<b>Item 3</b>	Catat hanya AE tingkat 3 atau lebih tinggi dan SAE. Untuk menentukan tingkat keparahan AE, lihat di <i>Division of AIDS (DAIDS) Table for Grading the Severity of Adult and Pediatric Adverse Experiences</i> .
<b>Item 4</b>	Obat penelitian didefinisikan sebagai terapi ARV dan/atau adiksi yang sedang atau pernah dijalani partisipan. Catat penilaian hubungan antara AE dan obat penelitian. tandai "berhubungan" jika ada hubungan yang berdasar bahwa obat penelitian menyebabkan munculnya AE. Catat "tidak berhubungan" jika tidak ada hubungan antara obat penelitian dengan AE. Jika "tidak berhubungan", catat etiologi, diagnosa, atau penjelasan lainnya dalam kolom Komentar. Untuk informasi lebih lanjut, lihat ke <i>Manual for Expedited Reporting of Adverse Events to DAIDS, Version 2</i> .
<b>Item 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tidak ada perubahan:</b> catat jika partisipan dapat terus menggunakan obat penelitian dan AE TIDAK menyebabkan penghentian sementara atau permanen obat tersebut.</li> <li>• <b>Ditunda:</b> catat jika AE mengakibatkan obat penelitian ditahan (hentikan sementara). Jika sejumlah AE dilaporkan saat kunjungan yang sama, tandai "ditunda" untuk AE yang menyebabkan penundaan tersebut.</li> <li>• <b>Dihentikan secara permanen:</b> tandai jika AE menyebabkan penghentian pemberian obat penelitian secara permanen. Jika sejumlah AE dilaporkan saat kunjungan yang sama, cukup tulis "dihentikan secara permanen" untuk AE yang menyebabkan penghentian tersebut.</li> <li>• <b>N/A (tidak sesuai/berlaku):</b> tandai jika AE muncul setelah partisipan menyelesaikan minum obat penelitian, atau jika obat tersebut ditunda atau dihentikan secara permanen untuk AE lain atau alasan lainnya, atau AE tingkat 5</li> </ul>



Lengkapi formulir ini kapanpun partisipan tidak datang pada kunjungan yang ditentukan berdasarkan waktu jendela kunjungan sesuai protokol atau prosedur penelitian (SSP).

Jika Laporan QC mengindikasikan bahwa waktu kunjungan terlewat, pastikan bahwa kunjungan pasti terlewat sebelum mengisi formulir Kunjungan yang Tak Dihadiri. Faks formulir ini ketika kunjungan pasti terlewat dan tidak dapat dilengkapi dalam waktu jendela kunjungan. Catat Kode Kunjungan dari kunjungan yang terlewat. Catat tanggal saat formulir selesai dilengkapi. Tanggal tersebut tidak harus tanggal kunjungan yang terlewat.

**Instruksi per item:**

<b>Item 1</b>	Catat target tanggal kunjungan. Tanggal harus ditulis lengkap.
<b>Item 2</b>	Catat alasan partisipan tidak datang pada waktu kunjungan penelitian.



(HPTN 074) DF/Net 074

(TM) 490

Participant ID:

Site Number			Network Number				Chk	Cohort				

**Terminasi**

1 Tanggal terminasi: 

dd		MMM				yy						

*Tanggal ketika site memutuskan bahwa partisipan keluar dari penelitian.*

2 Alasan terminasi. *Pilih salah satu.*

2a. Kunjungan akhir penelitian → *Bagian akhir formulir.*

2b. Meninggal (tulis tanggal dan penyebab kematian jika diketahui)

dd      MMM      yy

2b1. Tanggal kematian: 

--	--	--	--	--	--	--	--

*Atau*  Tanggal tidak diketahui

2b2. Penyebab kematian: \_\_\_\_\_ *Atau*  Penyebab tidak diketahui

→ *Lengkapi atau perbaharui Adverse Experience Log.*

2c. Partisipan menolak untuk melanjutkan partisipasi dalam penelitian karena: \_\_\_\_\_

2d. TIDAK SESUAI UNTUK PROTOKOL INI

2e. Partisipan pindah; tidak ada follow-up terjadwal

2f. Keputusan penelitian, jelaskan: \_\_\_\_\_

2g. Tidak dapat menghubungi partisipan

2h. TIDAK SESUAI UNTUK PROTOKOL INI

2i. Enrolmen yang tidak tepat → *Bagian akhir formulir.*

2j. Identitas tidak valid karena skrining/enrolmen ganda → *Bagian akhir formulir.*

2k. Lainnya, sebutkan: \_\_\_\_\_

2l. Penelitian selesai lebih awal dari jadwal → *Bagian akhir formulir.*

2m. Terminasi partisipan indeks (hanya pasangan menyuntik) → *Bagian akhir formulir.*

3 Apakah terminasi berkaitan dengan kejadian tidak diinginkan (adverse experience)?      *ya*      *tidak*      *tidak tahu*

            → *Jika tidak atau tidak tahu, formulir ini selesai.*

3a. Catat nomor halaman AE Log: 

--	--	--

*halaman #* *Atau* Jelaskan: *(Bahasa lokal)* \_\_\_\_\_  
*(English)* \_\_\_\_\_

Komentar *(Bahasa lokal)*: \_\_\_\_\_

Komentar *(English)*: \_\_\_\_\_

Version 1.0, 21-JAN-15	Indonesian	Completed by: _____ <i>(initials/date)</i>
------------------------	------------	--

Formulir ini harus dilengkapi oleh setiap partisipan yang ikut, baik pada saat kunjungan akhir yang terjadwal atau ketika partisipan tidak lagi berpartisipasi dalam penelitian ini.

**Instruksi per item:**

<b>Item 1</b>	Catat tanggal ketika partisipan menyatakan bahwa dia ingin berhenti dari penelitian ini. Jika terminasi karena partisipan meninggal, tulis tanggal ketika site mengetahui bahwa partisipan tersebut meninggal. Tanggal kematian harus diisi lengkap.
<b>Item 2</b>	Tandai alasan utama terminasi.
<b>Item 2a</b>	<b>Kunjungan akhir studi terjadwal:</b> hanya isi item 2a jika partisipan melengkapi kunjungan akhir sesuai protokol.
<b>Item 2b1</b>	Jika tanggal diketahui, setidaknya tulis bulan dan tahun.
<b>Item 2l</b>	<b>Pembukaan status penelitian lebih awal:</b> tandai hanya jika diinstruksikan oleh SCHARP.
<b>Item 2m</b>	Item 2m ditandai hanya untuk pasangan menyuntik.
<b>Item 3a</b>	Catat nomor halaman dari Adverse Event Log dimana AE tercatat. Pada keadaan dimana lebih dari 1 AE diasosiasikan dengan terminasi, catat AE yang paling berpengaruh terhadap keputusan terminasi. Jika terminasi diasosiasikan dengan AE yang tidak dilaporkan, catat kejadian tersebut pada bagian "jelaskan".



(HPTN 074) DF/Net 074

(ETM) 491

Participant ID:

<i>Site Number</i>			<i>Network Number</i>				<i>Chk</i>		<i>Cohort</i>		

**Terminasi Studi Lanjutan**

**1** Tanggal Terminasi Studi Lanjutan:             *Tanggal ketika site memutuskan bahwa partisipan keluar dari penelitian.*

*dd*                      *MMM*                      *yy*

**2** Kunjungan terakhir yang telah diselesaikan dalam Studi Lanjutan?   .  Visit Code

**3** Alasan terminasi. *Pilih salah satu.*

3a. Kunjungan akhir penelitian → *Bagian akhir formulir.*

3b. Meninggal (tuliskan tanggal dan penyebab kematian jika diketahui)

*dd*                      *MMM*                      *yy*

3b1. Tanggal kematian:             *Atau*  Tanggal tidak diketahui

3b2. Penyebab kematian: \_\_\_\_\_ *Atau*  Penyebab tidak diketahui

*Lengkapi atau perbaharui Adverse Experience Log.*

3c. Partisipan menolak untuk melanjutkan partisipasi dalam penelitian karena: \_\_\_\_\_

3d. TIDAK SESUAI UNTUK PROTOKOL INI

3e. Partisipan pindah; tidak ada follow-up terjadwal

3f. Keputusan penelitian, jelaskan: \_\_\_\_\_

3g. Tidak dapat menghubungi partisipan

3h. TIDAK SESUAI UNTUK PROTOKOL INI

3i. TIDAK SESUAI UNTUK PROTOKOL INI

3j. TIDAK SESUAI UNTUK PROTOKOL INI

3k. Lainnya, sebutkan: \_\_\_\_\_

3l. Penelitian selesai lebih awal dari jadwal → *Bagian akhir formulir.*

3m. TIDAK SESUAI UNTUK PROTOKOL INI

**4** Apakah terminasi berkaitan dengan kejadian tidak diinginkan (adverse experience)? *ya*  *tidak*  *tidak tahu*  → *Jika tidak atau tidak tahu, formulir ini selesai.*

4a. Catat nomor halaman AE Log:    *halaman #* *Atau* Jelaskan: *(Bahasa lokal)* \_\_\_\_\_ *(English)* \_\_\_\_\_

Komentar *(Bahasa lokal)*: \_\_\_\_\_

Komentar *(English)*: \_\_\_\_\_

**Tujuan:** formulir ini harus dilengkapi oleh setiap partisipan yang menjalani Kunjungan Akhir atau ketika partisipan menghentikan partisipasinya dalam Studi Lanjutan.

**Instruksi per item:**

<b>Item 1</b>	Catat tanggal ketika partisipan menyatakan bahwa dia tidak akan melanjutkan partisipasi dalam Studi Lanjutan. Jika terminasi karena partisipan meninggal, tulis tanggal ketika site mengetahui bahwa partisipan tersebut meninggal. Tanggal kematian harus diisi lengkap.
<b>Item 3</b>	Tandai hanya satu alasan utama untuk berhenti dari Studi Lanjutan.
<b>Item 3a</b>	<b>Kunjungan Akhir Terjadwal/Akhir Penelitian:</b> hanya tandai 3a jika partisipan melengkapi kunjungan akhir seperti yang dijelaskan dalam protokol bagi Studi Lanjutan.
<b>Item 3b1</b>	Jika tanggal diketahui, setidaknya tulis bulan dan tahun.
<b>Item 3l</b>	<b>Pembukaan status penelitian lebih awal:</b> tandai hanya jika diinstruksikan oleh SCHARP.
<b>Item 4a</b>	Catat nomor halaman dari Adverse Event Log dimana AE tercatat. Pada keadaan dimana lebih dari 1 AE diasosiasikan dengan terminasi, catat AE yang paling berpengaruh terhadap keputusan terminasi. Jika terminasi diasosiasikan dengan AE yang tidak dilaporkan, catat kejadian tersebut pada bagian "jelaskan".



(HPTN 074) DF/Net 074

(PDL) 495

Page:

Participant ID:

-      -  -

Site Number      Network Number      Chk      Cohort

Form Completion Date:

dd      MMM      yy

**Log Deviasi Protokol**

<b>1</b>	Tanggal Site Mengetahui Kejadian: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>2</b>	Tanggal Deviasi: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<i>dd      MMM      yy</i>		<i>dd      MMM      yy</i>
<b>3</b>	Apakah deviasi ini telah atau akan dilaporkan ke IRB/komite etik?		<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<b>4</b>	Apakah deviasi ini telah atau akan dilaporkan ke DAIDS sebagai hal penting (critical event)?		<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<b>5</b>	Tipe deviasi:	<input type="text"/> <input type="text"/>	<i>Kode deviasi (lihat bagian belakang formulir untuk daftar kode)</i>
<b>6</b>	Deskripsi penyimpangan ( <i>Bahasa lokal</i> ): _____ _____		
	Deskripsi penyimpangan ( <i>English</i> ): _____ _____		
<b>7</b>	Rencana dan/atau tindakan yang diambil untuk mengatasi deviasi ( <i>Bahasa lokal</i> ): _____ _____		
	Rencana dan/atau tindakan yang diambil untuk mengatasi deviasi ( <i>English</i> ): _____ _____		
<b>8</b>	Rencana atau tindakan yang diambil untuk mencegah terjadinya penyimpangan ( <i>Bahasa lokal</i> ): _____ _____		
	Rencana atau tindakan yang diambil untuk mencegah terjadinya penyimpangan ( <i>English</i> ): _____ _____		
<b>9</b>	Deviasi dilaporkan oleh (nama staf): _____		

## Instruksi per item:

<b>Tujuan</b>	Formulir ini mencatat dan melaporkan deviasi protokol yang teridentifikasi untuk partisipan studi.
<b>Informasi umum/ instruksi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hubungi HPTN 074 Management Group (074mgmt@hptn.org) Untuk mengkonfirmasi apakah kejadian tersebut memenuhi syarat sebagai deviasi yang dapat dilaporkan.</li> <li>• Setelah dikonfirmasi, lengkapi formulir ini setiap kali deviasi protokol teridentifikasi.</li> <li>• Deviasi protokol yang dapat dilaporkan menurut HPTN adalah kejadian individual, kecenderungan atau kelalaian yang dapat mengakibatkan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risiko tambahan yang signifikan terhadap peserta</li> <li>- Ketidapatuhan terhadap persyaratan protokol yang signifikan</li> <li>- Ketidapatuhan yang signifikan terhadap GCP</li> </ul> </li> <li>• Jika deviasi perlu dilaporkan tetapi tidak terkait dengan partisipan (misalnya, alat tes yang diperlukan tidak tersedia di site), gunakan ID partisipan yang mengikuti format di bawah ini pada PDL CRF: <ul style="list-style-type: none"> <li>- XXX - 00000-0</li> <li>- Masukkan nomor ID DataFax Anda pada 3 digit pertama diikuti dengan angka nol. Penomoran halaman harus berurutan ketika LDP baru menggunakan identitas partisipan ini.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Halaman</b>	Beri nomor halaman secara berurutan untuk setiap partisipan, dimulai dari angka 01. Jangan menomori ulang halaman jika formulir ditandai.
<b>Item 2</b>	Catat tanggal kejadian terjadi (tanggal mulai).
<b>Item 5</b>	Catat kode kategori dua digit yang paling tepat menggambarkan jenis deviasi. Gunakan "99" (lainnya) jika tidak ada yang cocok dengan kategori yang ada. Jelaskan deviasi secara spesifik dalam item 6.
<b>Item 6</b>	Jelaskan secara singkat rincian spesifik dari deviasi.
<b>Item 9</b>	Catat nama staff yang melengkapi formulir ini.