

<p><b>COMENTARIOS:</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>- Adhiera la etiqueta aquí -</b></p> <p>Centro Clínico/ID: ____ - ____ - ____ - ____</p> <p>Nombre _____ M.I. _____</p> <p>Apellido _____</p>
----------------------------	---

<p>1. Fecha de Contacto: <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/> (M/D/A)</p> <p>2. Personal Clínico: <input type="text"/></p> <p>3. Tipo de Contacto:</p> <p><input type="checkbox"/><sub>1</sub> Teléfono                      <input type="checkbox"/><sub>3</sub> Visita</p> <p><input type="checkbox"/><sub>2</sub> Correo                              <input type="checkbox"/><sub>8</sub> Otro</p> <p>4. Tipo de Visita:</p> <p><input type="checkbox"/><sub>2</sub> Semi-Anual                      # <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/><sub>3</sub> Anual                                      # <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/><sub>4</sub> No Rutinaria</p>	<p>(Complete la Pregunta Num. 5 antes de la entrevista.)</p> <p>5. Dosis/Mantenimiento:</p> <p>5.1. Tomó la Dosis Normal del Programa:</p> <p>____ No                      <input type="text"/> Porcentaje de mantenimiento</p> <p>____ Sí →                      <input type="text"/> No es posible contar</p> <p>5.2. Tomó una Dosis Cambiada:</p> <p>____ No                      <input type="text"/> Porcentaje de mantenimiento</p> <p>____ Sí →                      <input type="text"/> No es posible contar</p>
--	--

Véase la Categoría referente a Histerectomía en WHILMA.

- Si la Categoría de Histerectomía resulta en "Sí", marque **SÍ** en la pregunta 6 y pase a la pregunta 6.1.
- Si la Categoría de Histerectomía resulta en "No", pregúntele a la participante, "**¿Le han hecho a Ud. una histerectomía?**"
  - Si la participante reporta que le han hecho una histerectomía, marque **SÍ** en la pregunta 6 y siga adelante a la pregunta 6.1. (Llame al CCC antes de distribuir algún medicamento del estudio.)
  - Si la participante indica que no le han hecho una histerectomía, marque **NO** en la pregunta 6 y pase a la pregunta 6.2.

6. ¿Le han hecho una histerectomía a la participante?

<sub>1</sub> **SÍ** →

6.1. "Aunque le han hecho una histerectomía, ¿ha tenido Ud. algún a hemorragia vaginal desde su última visita?"

<sub>0</sub> No → Pase a la Pregunta 7.

<sub>1</sub> Sí → Siga adelante a la Pregunta 7 y hable con un Practicante Clínica.

<sub>0</sub> **NO** →

6.2. Véase el *Formulario 53 - Calendario del TRH*, si esta disponible. "**¿Ha tenido Ud. algún a hemorragia vaginal desde su última visita?**"

<sub>0</sub> No (Pase a la Pregunta 7.)      <sub>1</sub> Sí → Complete esta entrevista y véase la Practicante Clínica.

**"Las siguientes preguntas corresponden a su hemorragia vaginal."**

6.3. "**¿Cómo fue de intensa?**" (Marque cuál fue la más intensa desde que tuvo su último contacto clínico.)

<sub>1</sub> Manchas - Aprox. 1 compresa diaria                      <sub>3</sub> Moderada - Aprox. 4-7 compresas por día

<sub>2</sub> Ligera - Aprox. 2-3 compresas por día                      <sub>4</sub> Intensa - 8 o más compresas por día

6.4. "**¿Cuándo le comenzó algún hemorragia?**" (Marque la fecha más reciente desde que tuvo su último contacto clínico.)

-- (M/D/A)

6.5. "**Comenzó y paró de nuevo el hemorragia?**"

<sub>0</sub> No                      <sub>1</sub> Sí

6.6. "**¿Aún le sigue el hemorragia?**" (Si Ud. Está sangrando, aunque sea poco, indique "Sí.")

<sub>0</sub> No →

6.7. "**¿Cuándo le paró el hemorragia?**"

-- (M/D/A)

<sub>1</sub> Sí

7. "¿Ha sentido Ud. alguna sensibilidad del pecho desde su contacto más recién?"

\_0 No

\_1 Sí



7.1 "Respecto a la sensibilidad que sintió Ud. en el pecho, ¿fue poca, moderada o severa?"

\_1 Poca

\_2 Moderada

\_3 Severa

→ *Avisé a la Practicante Clínica.*

8. "¿Le han hecho alguna cirugía del pecho o ha notado algún otro cambio en su pecho desde su contacto más recién (nueva masa/bultos, secreción del pezón, o cambios en la piel)?"

\_0 No

\_1 Sí

→ *Avisé a la Practicante Clínica.*

"Es posible que Ud. ya haya contestado estas preguntas en otros formularios, pero deseo repasarlas de nuevo para estar segura que Ud. pueda seguir tomando las píldoras del estudio sin que haya peligro."

9. "¿Cuándo le hicieron su última mamografía?"

Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

10. "Respecto a los siguientes medicamentos, le ha recetado su médico, o actualmente toma usted alguno es estos:"

10.1 "¿Corticosteroides (tales como las píldoras Prednisona, Decadrona, Medrol)?" \_0 No \_1 Sí

10.2 "¿Medicinas para fluidificar la sangre (tal como Coumadin, Warfarin)?" \_0 No \_1 Sí

"No tomando en cuenta sus píldoras del estudio WHI, ¿está Ud. tomando actualmente, o le ha recetado su médico, alguna de estas hormonas?"

10.3 "Estrógeno" ..... \_0 No \_1 Sí

10.4 "Progesterona" ..... \_0 No \_1 Sí

10.5 "Testosterona" ..... \_0 No \_1 Sí

10.6 "Tamoxifeno, Raloxifene..... (Evista) u otra medicación conocido como SERMs." \_0 No \_1 Sí

Avisé a la PC respecto a cualquier respuesta de "Sí" en 10.1-10.6. ←

11. "Desde que Ud. tuvo su último contacto, ¿le ha dicho algún médico que Ud. padece de alguna de las siguientes condiciones?"

11.1 "Hiperplasia Endometrial" \_0 No \_1 Sí

11.2 "Triglicéridos elevados en la sangre (el triglicérido no es igual que el colesterol)" \_0 No \_1 Sí

11.3 Si responde "sí", "¿Se pasó el nivel de triglicérido más de 1,000 (mg/dl)?" \_0 No \_1 Sí

11.4 "Coágulo de sangre en la pierna o pulmón" \_0 No \_1 Sí

11.5 "Melanoma de la piel" \_0 No \_1 Sí

11.6 "Infarto cardíaco o embolia/apoplejía" \_0 No \_1 Sí

11.7 "Meningioma o tumores cerebrales" \_0 No \_1 Sí

11.8 "Cáncer del pecho" \_0 No \_1 Sí

11.9 "Mal de la vesícula" \_0 No \_1 Sí

11.10 "Problemas con su páncreas" \_0 No \_1 Sí

11.11 "Accidente isquémico transitorio (AIT o mini infarto cerebral)" \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

11.12 "Cambios repentinos y serios en los ojos o la vista" \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

Avisé a la PC respecto a cualquier respuesta de "Sí" en 11.1-11.12. ←

12. "¿Existen algunas preocupaciones, incomodidades, o preguntas que quisiera Ud. consultar?"

Anótelas aquí y consúltelas con la participante. Vea a la Practicante Clínica si existen algunas preocupaciones.

---



---



---



---



---



---

13. Acción que resulta de haber completado los reportes de participación, respecto a síntomas o preocupaciones, artículos 6-12. (Este punto debería ser completado. Marque todas las que correspondan.)

<sub>1</sub> La participante fue consolada y se le aconsejó seguir tomando las medicaciones actual del estudio.

<sub>2</sub> Se le informó a la participante que regrese a la clínica para una evaluación. Fecha y hora de la próxima cita.  
\_\_\_\_\_

<sub>3</sub> Se le notificó a la ginecóloga consultante.

<sub>4</sub> Se le recomendó a la participante visitar a su médico principal.

Médico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sub>6</sub> Se pararon o cambiaron las medicinas (*complete el Formulario 54 - Cambio de Medicinas*).

<sub>8</sub> Otra (*Especifique*): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. "Deseo hablar con Ud. respecto a las píldoras que toma para el estudio del TRH."

14.1. "Desde que tuvo Ud. el último contacto clínico, ¿con qué frecuencia tomaba las píldoras del estudio? Diría que era..." (*Marque la respuesta que sea cierta la mayoría de las veces.*) (*Léale las siguientes respuestas a la participante.*)

<sub>0</sub> "Nunca"

<sub>1</sub> "Menos de una vez por semana"

<sub>2</sub> "1-2 días por semana"

<sub>3</sub> "3-4 días por semana"

<sub>4</sub> "5-6 días por semana"

<sub>5</sub> "Cada día de la semana"

14.2. "Es muy común que a algunas personas se les olvide tomar sus píldoras. Durante el pasado mes, ¿más o menos cuántos días se le ha olvidado a Ud. tomar sus píldoras?" (*Calcule lo mejor que pueda.*)

días en el último mes

14.3. "¿Qué cosa(s) le ayudaba(n) a acordarse de tomar las píldoras?"

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14.4 "Existen muchas razones por las que las personas no siempre toman sus píldoras. Si hubo días que Ud. no tomó las píldoras del estudio, ¿por qué razón no las tomó?" (*Marque todas las razones por no tomarlas.*)

<sub>1</sub> Tomé las píldoras cada día

<sub>2</sub> Sentí síntomas

<sub>3</sub> Se me olvidó una(s) píldora(s)

<sub>4</sub> Se me olvidó la botella

<sub>5</sub> Necesite/Tome un descanso de ellas

<sub>6</sub> Temo problemas de salud

<sub>7</sub> Pariente/Amistad me lo recomendó

<sub>8</sub> Médico me lo recomendó

<sub>9</sub> No tenía píldoras

<sub>88</sub> Otra razón \_\_\_\_\_

14.5 Estrategias para mejorar el mantenimiento (Para ejemplos específicos, refiérase a los formularios de instrucciones.)

\_\_\_ Pídale a la participante que dé una explicación respecto a su respuesta.

\_\_\_ Déle confianza, utilizando validación y repasando los hechos.

\_\_\_ Recomiende medidas calmantes, dando ejemplos específicos.

\_\_\_ Recomiende medidas para mejorar el mantenimiento, tales como maneras de lidiar con los problemas en casa, cómo animarse por sí misma, y movilizar apoyo social.

\_\_\_ Ponga los problemas en perspectiva - enfatizando lo seguro que es el estudio y lo importante que es La Mujer y Su Salud para dar respuesta a problemas de salud.

*Utilice las directrices del CC local para determinar si es necesario recomendar una consulta con el CP u otro especialista.*

15.1 ¿Es necesario que la participante tome parte en un Programa Intensivo de Adherencia? (Véanse instrucciones para criterio de entrada.)

<sub>0</sub> No

<sub>1</sub> Sí → 15.2 Fecha en que se le llamarde nuevo:  
-- (M/D/A)

16.1 ¿Es necesario contactar de nuevo a la participante por teléfono en un mes para establecer un régimen de seguimiento?

<sub>0</sub> No

<sub>1</sub> Sí → 16.2 Fecha en que se le llamarde nuevo:  
-- (M/D/A)

17. Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_