

**COMENTARIOS:**

- Adhiera la etiqueta aquí -

Centro Clínico/ID: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

1. Fecha de Contacto: -- (M/D/A)
2. Personal Clínico:
3. Tipo de Contacto:
 

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Teléfono	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Visita
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Correo	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Otro
4. Tipo de Visita:
 

<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Semi-Anual	# <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Anual	# <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> No Rutinaria	

(Complete la Pregunta Num. 5 antes de la entrevista.)

5. Dosis/Mantenimiento
  - 5.1. Tomó la Dosis Normal del Programa
 

<input type="text"/> No	<input type="text"/> Porcentaje de mantenimiento
<input type="text"/> Sí →	<input type="text"/> No es posible contar
  - 5.2. Tomó Una Dosis Cambiada:
 

<input type="text"/> No	<input type="text"/> Porcentaje de mantenimiento
<input type="text"/> Sí →	<input type="text"/> No es posible contar
  - 5.3. Formula CaD Actual:
 

<input type="text"/> La que se masca	<input type="text"/> La que se traga
--------------------------------------	--------------------------------------

6. "¿Está Ud. tomando, o la ha recetado su médico, alguna de estas medicaciones?"
  - 6.1 "¿Medicaciones, Vitaminas múltiples o suplementos que contienen **calcio** (tales como los productos marca "Oscal" o "Tums")?"
 

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí
--	--

    - a. Dosificación  mg por día
    - b. Nombre \_\_\_\_\_
  - 6.2 "¿Píldoras o tabletas de vitamina D o vitaminas múltiples que contengan vitamina D?"
 

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí
--	--

    - a. Dosificación \_\_\_\_\_ IU por día
  - 6.3 "¿Calcitrol"(tal como Rocaltrol)?"
 

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí
--	--

Reporte cualquiera repuesta "Sí" en 6.2 - 6.3 a la PC. ←
7. "¿Desde su último contacto, le han dicho a usted que padece de cualquiera de las siguientes condiciones médicas?"
  - 7.1 "¿Hipercalcemia(demasiado calcio en la sangre)?"
 

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí
--	--
  - 7.2 "¿Problemas con los riñones (tales como piedras en su riñón o su vejiga)?"
 

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí
--	--
  - 7.3 "¿Le están haciendo actualmente diálisis renal?"
 

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí
--	--

Reporte cualquiera respuesta "Sí" en 7.1 - 7.3 a la PC. ←

8. "¿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.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_
9. Resultados consecuentes de las Preguntas 6-8. (Este punto debería ser completado. Marque todas las que correspondan.)
 

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	La participante fue consolada y se le aconsejó seguir tomando las medicaciones actuales del estudio.
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Se le informó a la participante que regrese a la clínica para una evaluación. Fecha y hora de la próxima sita: _____
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Se le notificó a la Practicante Clínica o a la Ginecóloga Consultante.
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Se le recomendó a la participante visitar a su médico principal: Médico: _____
<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	Se pararon o cambiaron las medicinas (complete el Formulario 54 - Cambio de Medicinas)
<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	Otro (Especifique): _____

K \_\_\_\_\_

10. "Deseo platicar con Ud. respecto a las píldoras CaD para el estudio."

10.1. "Desde que tuvo Ud. el último contacto clínico, ¿con qué frecuencia tomaba las píldoras del estudio? "Diría que era?..." (Léale las siguientes repuestas a la participante.)

- \_0 "Nunca"
- \_1 "Menos de una vez por semana"
- \_2 "1-2 días por semana"
- \_3 "3-4 días por semana"
- \_4 "5-6 días por semana"
- \_5 "Cada día de la semana"

10.2. "En los días en que Ud. Toma sus píldoras, ¿en qué forma las toma?" (Léale las siguientes respuestas a la participante.)

- \_1 "Una píldora, dos veces al día"
- \_4 "Dos píldoras, una vez al día"
- \_3 "Una píldora, una vez al día"
- \_8 Otra forma \_\_\_\_\_

10.3. "Es muy común que a algunas personas se les olvide tomar sus píldoras. Durante el pasado mes, ¿por cuántos días dejó Ud. de tomar alguna de sus píldoras?"

\_\_\_\_\_ días en el último mes

10.4. "¿Qué utilizó Ud. Para asistirle en recordar tomar sus píldoras?"

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10.5. "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.)

- \_1 Tomé las píldoras cada día
- \_2 Sentí síntomas
- \_3 Se me olvidó una(s) píldora(s)
- \_4 Se me olvidó la botella
- \_5 Necesite/Tome un descanso de ellas
- \_6 Temo problemas de salud
- \_7 Pariente/Amistad me lo recomendó
- \_8 Médico me lo recomendó
- \_9 No tenía píldoras
- \_88 Otra razón \_\_\_\_\_

10.6. Determine la preferencia de la participante respecto a la formula de vitaminas CaD.

\_\_\_\_\_ La que se masca \_\_\_\_\_ La que se traga

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

- \_\_\_\_\_ Pídale a la participante aclarar su(s) razón(es).
- \_\_\_\_\_ 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 mobilizar 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 respouesta a problemas de salud.

**Avise a la PC si estas estrategias resultan complicadas.**

11.1 ¿Es necesario poner a la participante en un Programa de Mantenimiento Intensivo? (Véanse instrucciones para criterio de entrada.)

\_0 No

\_1 Sí →

11.2 Fecha en que se le llamarde nuevo: _____ (M/D/A)
--

12.1 ¿Es necesario volver a contactar por teléfono a la participante, en un mes?

\_0 No

\_1 Sí →

12.2 Fecha en que se le llamarde nuevo: _____ (M/D/A)
--

13. Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_