

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 06 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-XXXX). Do not return the completed form to this address.



ID NUMBER:										
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: MUE  
VERSION: A 7/02/07

Contact  
Occasion

--	--

SEQ #

--	--

**B. Medication Record**

Copy the MEDICATION UPC / NDC from each medication label. For each medication, begin with the left-most space in fields a-c and the rightmost space in field d. Using upper case letters, carefully copy the MEDICATION NAME. Using periods to indicate decimal points, copy the formulation STRENGTH (weight for solids and concentration for non-solids). Using upper case letters and standard abbreviations, copy the UNITS used to measure strength. For combination medications, use a forward slash (/) to separate active ingredients, corresponding strengths, and units.

#	(a) Medication UPC / NDC	Medication name (b)
5.	<input type="text"/>	
	(c) Strength      (d) Units	
	<input type="text"/>	
6.	<input type="text"/>	
	(c) Strength      (d) Units	
	<input type="text"/>	
7.	<input type="text"/>	
	(c) Strength      (d) Units	
	<input type="text"/>	
8.	<input type="text"/>	
	(c) Strength      (d) Units	
	<input type="text"/>	
9.	<input type="text"/>	
	(c) Strength      (d) Units	
	<input type="text"/>	
10.	<input type="text"/>	
	(c) Strength      (d) Units	
	<input type="text"/>	
11.	<input type="text"/>	
	(c) Strength      (d) Units	
	<input type="text"/>	
12.	<input type="text"/>	
	(c) Strength      (d) Units	
	<input type="text"/>	
13.	<input type="text"/>	
	(c) Strength      (d) Units	
	<input type="text"/>	
14.	<input type="text"/>	
	(c) Strength      (d) Units	
	<input type="text"/>	

ID NUMBER:

FORM CODE: MUE  
VERSION: A 7/02/07

Contact Occasion

SEQ #

#	(a) Medication UPC	Medication name (b)	
15.	<input type="text"/>		
	(c) Strength <input type="text"/>		(d) Units <input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
16.	<input type="text"/>		
	(c) Strength <input type="text"/>		(d) Units <input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
17.	<input type="text"/>		
	(c) Strength <input type="text"/>		(d) Units <input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
18.	<input type="text"/>		
	(c) Strength <input type="text"/>		(d) Units <input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
19.	<input type="text"/>		
	(c) Strength <input type="text"/>		(d) Units <input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
20.	<input type="text"/>		
	(c) Strength <input type="text"/>		(d) Units <input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
21.	<input type="text"/>		
	(c) Strength <input type="text"/>		(d) Units <input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
22.	<input type="text"/>		
	(c) Strength <input type="text"/>		(d) Units <input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
23.	<input type="text"/>		
	(c) Strength <input type="text"/>		(d) Units <input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
24.	<input type="text"/>		
	(c) Strength <input type="text"/>		(d) Units <input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
25.	<input type="text"/>		
	(c) Strength <input type="text"/>		(d) Units <input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

ID NUMBER:

FORM CODE: MUE  
VERSION: A 7/02/07

Contact Occasion

SEQ #

#	(a) Medication UPC	Medication name (b)	
26.	<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"/>		
	(c) Strength <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"/>		(d) Units <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"/> <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"/>
27.	<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"/>		
	(c) Strength <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"/>		(d) Units <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"/> <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"/>
28.	<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"/>		
	(c) Strength <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"/>		(d) Units <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"/> <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"/>
29.	<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"/>		
	(c) Strength <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"/>		(d) Units <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"/> <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"/>

30. Total number of medications in bag.....

31. Number of medications unable to scan or transcribe.....

32. HCHS/SOL ID number(s) of person scanning / transcribing medications and interviewing the participant:

a. Scanner / transcriber:.....

b. Date of scanning / transcription:.....   /   /        
Month Day Year

**C. Medication Use Interview**

Now I would like to ask about a few specific medications.

33. Were any of the medications you took during the last four weeks for: (If "Yes", verify that the medication NAME is on the medication record.)

	No	Yes	Unknown
a. Asthma	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b. Chronic bronchitis or emphysema	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c. High blood sugar or diabetes	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d. High blood pressure or hypertension	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e. High blood cholesterol	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f. Chest pain or angina	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
g. Abnormal heart rhythm	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
h. Heart failure	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
i. Blood thinning	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
j. Stroke	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
k. Mini-stroke or TIA	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
l. Leg pain while walking or claudication	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

34. During the last four weeks, did you take any aspirin or aspirin-containing products including Alka-Seltzer, cold and allergy medication or headache powder? This **excludes** acetaminophen (for example, Tylenol), ibuprofen (for example, Advil, Motrin or Nuprin), and naproxen (for example, Aleve).

**Show participant List #1: Commonly Used Aspirin or Aspirin-Containing Products**

No	0 <input type="checkbox"/>	→	<b>GO TO QUESTION 37</b>
Yes	1 <input type="checkbox"/>		
Unknown	9 <input type="checkbox"/>	→	<b>GO TO QUESTION 37</b>

35. How many days during the last four weeks did you take aspirin or aspirin-containing medication?  
  Number of days

If number of days equals "00" → **GO TO QUESTION 37**

36. For what purpose are you taking aspirin? (Interviewer: Do NOT read choices.)

Participant mentioned avoiding heart attack or stroke	1 <input type="checkbox"/>
Participant did not mention avoiding heart attack or stroke	2 <input type="checkbox"/>

ID NUMBER:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FORM CODE: MUE VERSION: A 7/02/07	Contact Occasion	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SEQ #	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--------------------------------------	------------------	----------------------	----------------------	-------	----------------------	----------------------

37. During the past four weeks, did you take any [other] medication for arthritis, fever, or muscle aches and pains, or cramps? *(Read bracketed "other" unless no medications were reported.)*

No 0

Yes 1

Unknown 9

38. **Excluding** aspirin, acetaminophen (for example, Tylenol), and corticosteroids (for example prednisone), are you NOW taking other anti-inflammatory or arthritis medications on a regular basis? Common examples are shown on this list.

**Show participant List #3: Commonly Used Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs, NSAIDS**

No 0  → **END QUESTIONNAIRE**

Yes 1

Unknown 9  → **END QUESTIONNAIRE**

39. Unless already recorded in Items B5-B29, record the following information for the medication identified by Item 38.

Already recorded 1

(a) Medication UPC										Medication name (b)				
<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"/>					
(c) Strength					(d) Units									

40. How many pills per week are you taking, on average?  
 Number of pills per week