

**ATTACHMENT E: BASELINE MEASURES FOR MAIN STUDY (A-CASI)**

**Form Approved**

OMB No. 0920-0761

Exp. Date 01/31/2011

Respondent No. \_\_\_\_\_

Public Reporting burden of this collection of information is estimated at 16 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 CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NW, MS D-24, Atlanta, GA 30333; Attn: PRA (0920-0761).

**A. Quality of Life: SF-12 Health Survey** (Ware, Kisinski, & Keller, 1996)

Please see SF-12<sup>®</sup> in Attachment G available in hardcopy only.

**B. Disability**

1. During the 30 days from { date from 30 days before baseline interview to baseline interview }, about how many days did you miss work because of an illness or injury (do not include maternity leave)? If patient delays answer, audio cues for patient to give best guess.

- \_\_\_ days
- \_\_\_ Don't remember
- \_\_\_ Don't work outside the house

2. During the 30 days from { date from 30 days before baseline interview to baseline interview }, about how many days were you unable to do your housework tasks because of an illness or injury (do not include maternity leave)?

- \_\_\_ days
- \_\_\_ Don't remember

**C. Current signs or symptoms**

Are you frequently bothered by any of the following problems?		
1. Arthritis or pain, aching, stiffness, or swelling in or around a joint (knee, elbow, hip, fingers, etc.)	YES	NO
2. Neck pain or low back pain	YES	NO

3. Stomach or abdominal pain	YES	NO
4. Menstrual cramps or other problems with your periods	YES	NO
5. Pain or problems during sexual intercourse	YES	NO
6. Vaginal bleeding that is not normal	YES	NO
7. Vaginal or genital infection or any kind of discharge	YES	NO
8. Headaches or migraines	YES	NO
9. Nausea, gas, or indigestion	YES	NO
10. Constipation	YES	NO
11. Vomiting or diarrhea	YES	NO
12. Trouble falling asleep or staying asleep on 3 or more nights a week.	YES	NO

**D. Health Care Utilization outside Bureau**

1. In the past year, have you been admitted to the hospital, stayed at least one night – not just in an emergency room hospitalized in a hospital or clinic other than here at Stroger?

Yes → How many times? \_\_\_\_\_

No

2. In the past year, have you gone to an Emergency Department Room other than here at our ER room at County (Stroger)?

Yes → How many times? \_\_\_\_\_

→ Were any of these times because of an injury (like a cut, burn, fracture, bloody nose or mouth)?  Yes  NO

No

**E. Partner Violence Screen** (Feldhaus, et al., 1997) **ONLY IN ARM 1**

These next questions refer to violence by intimate partners. Violence is a problem for many women. Because it affects their health, we are asking our patients about it. Just so you know, your answers will not be shared with anyone unless you choose to share them.

1. Have you been hit, kicked, punched, or otherwise hurt by an intimate partner within the past year?

YES

NO

2. Do you feel safe in your current relationship?

YES

NO

3. Is there a partner from a previous relationship who is making you feel unsafe now?

YES

NO

### **F. Demographics**

One final question so we know a little bit of the background of those who have participated in our study.

What is the highest grade in school or year of college that you have completed? Would you say...

Less than high school

completed high school /GED

Trade school/vocational program after high school

some college but without degree

2-year college graduate

4-year college graduate

Graduate degree

Other

Don't Know/Refused

SPANISH VERSION

**A. Quality of Life-** please see Attachment G (hardcopy)

**B. Disability**

La siguiente pregunta es acerca de su capacidad para trabajar.  
Esto puede incluir cualquier trabajo temporal y por horas que usted pudo haber  
tenido en las últimas 4 semanas.  
Durante las últimas 4 semanas,

1. ¿Ha tenido usted un trabajo fuera de su hogar?  
Por favor piense en las últimas 4 semanas hasta hoy...

¿usted faltó días al trabajo porque estuvo enferma o herida?  
¿Cómo cuántos días faltó al trabajo?

Todavía pensando en las últimas 4 semanas hasta hoy...

2. ¿Fue usted incapaz de hacer sus actividades de la familia o del hogar porque  
estuvo enferma o herida?

No incluya la licencia por maternidad.  
¿Cómo cuántos días fue usted incapaz de hacer sus actividades de la familia o del  
hogar porque estuvo enferma o herida?

No incluya la licencia por maternidad.

**C. Current signs or symptoms**

Las próximas preguntas son acerca de los problemas físicos que usted pudo  
haber tenido recientemente.  
Le molesta frecuentemente...

1. ¿la artritis o dolor persistente, tiesura, o hinchazón en o alrededor de una  
coyuntura?

Por ejemplo, su rodilla, codo, cadera, o dedos.  
Le molesta frecuentemente...

2. ¿el dolor de cuello o de la parte baja de la espalda?  
Le molesta frecuentemente...

3. ¿el dolor de estómago o abdominal?  
Le molesta frecuentemente...

4. ¿los cólicos menstruales u otros problemas con la menstruación?  
Le molesta frecuentemente...

5. ¿el dolor o los problemas durante las relaciones sexuales?  
Le molesta frecuentemente...

6. ¿el sangrado vaginal que no es normal?  
Le molestan frecuentemente...

7. ¿las infecciones o secreciones vaginales?  
Le molestan frecuentemente...

8. ¿los dolores de cabeza o las migrañas?  
Le molesta frecuentemente...

9. ¿la náusea, el gas, o la indigestión?  
Le molesta frecuentemente...

10. ¿el estreñimiento?  
Le molesta frecuentemente...

11. ¿el vómito o la diarrea?  
Le molesta frecuentemente...

12. ¿la dificultad para dormirse o mantenerse dormida en 3 o más noches a la semana?

#### **D. Health Care Utilization outside Bureau**

Las próximas preguntas son acerca de la asistencia médica que usted ha tenido durante los últimos 12 meses.

1. Durante los últimos 12 meses, ¿ha ido usted a una sala de emergencia **aparte del** hospital de Stroger o Rush?

If YES → Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces estuvo usted en una sala de emergencia **aparte del** hospital de Stroger o Rush?

\_\_\_\_ number

¿Fueron algunas de estas visitas a la sala de emergencia por una herida Como una cortada, una quemadura, un hueso roto, o sangrado por la nariz o boca?

2. Durante los últimos 12 meses, ¿se ha quedado por lo menos 1 noche en un hospital **aparte del** hospital de Stroger o Rush?

If YES → Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces estuvo

hospitalizada en un hospital **aparte del** hospital de Stroger o Rush?  
\_\_\_ number

**E. Partner Violence Screen** (only in arm 1)

Las próximas 3 preguntas son acerca de sus experiencias con la violencia de pareja. La violencia es un problema para muchas mujeres. Porque afecta la salud de ellas, nosotros le estamos preguntando a nuestras pacientes acerca de esto. Sus respuestas no serán compartidas con otros a menos que usted elija compartirlas.

1. ¿Usted ha sido golpeada, pateada, bofetada, o lastimada de alguna otra manera por una pareja íntima durante el último año?
  2. ¿Se siente usted segura en su relación actual?
- ¿Hay una pareja de una relación anterior que le está haciendo sentir insegura ahora?