

Attachment 3d - Spanish

**PATH Study Data Collection Instruments:
Biospecimen Collection Forms**

June 18, 2013

RS8b – Blood Data Collection Form

Respondent ID (Text Readable Barcode)

DCN

OMB Control Number: 0925-0664

Expiration Date: 11/30/2015

Date Printed



PATH Study Blood Data Collection Form *Health Professional-Administered*

Part A: Administrative	Part C: Blood Collection Status																				
<p>1. Staff ID: <i>Preprinted</i></p> <p>2. Today's Date: <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">M</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">M</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">D</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">D</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Y</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Y</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Y</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Y</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Y</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Y</td> </tr> </table> </p> <p>3. Blood Collection: <input type="checkbox"/> Agreed <input type="checkbox"/> Not Agreed (Go to Part C)</p> <p>4. Blood Kit ID: <i>(Place Label Here)</i></p>											M	M	D	D	Y	Y	Y	Y	Y	Y	<p>1. Collection Status (Mark one): <input type="checkbox"/> Collected (End) <input type="checkbox"/> Not Collected <input type="checkbox"/> Attempted, Not Collected</p> <p>2. Reason not collected (Mark one main reason): <input type="checkbox"/> Respondent refused, specify: <hr style="width: 100%; border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <input type="checkbox"/> Respondent refused, unwilling to give reason <input type="checkbox"/> Safety exclusion <input type="checkbox"/> No time/busy <input type="checkbox"/> No show <input type="checkbox"/> Respondent ill/emergency <input type="checkbox"/> Defective/missing collection supplies <input type="checkbox"/> Physical limitations, specify: <hr style="width: 100%; border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <input type="checkbox"/> Other, specify: <hr style="width: 100%; border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/></p>
M	M	D	D	Y	Y	Y	Y	Y	Y												
Part B: Blood Suitability Questions																					
<p>1. ¿Tiene hemofilia o algún problema de hemorragias o sangrados? <input type="checkbox"/> Sí (Go to Part C) <input type="checkbox"/> Refused (Go to Part C) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know (Go to Part C)</p>	<p>2. ¿Ha tenido quimioterapia para el cáncer en las últimas 2 semanas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Refused <input type="checkbox"/> Don't Know</p>																				
<p>3. ¿Ha tenido algún problema con una extracción de sangre en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Refused (Go to Part D) <input type="checkbox"/> No (Go to Part D) <input type="checkbox"/> Don't Know (Go To Part D)</p>	<p>4. ¿Qué problemas ha tenido en el pasado con extracciones de sangre? (Marque todo lo que corresponda.) <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Sensación de mareos <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Moretones <input type="checkbox"/> Otro, especifique <hr style="width: 100%; border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/></p>																				

Part D: Blood Tube Status			
Blue Top Tube (BL01)	<input type="checkbox"/> <i>Full draw</i>	<input type="checkbox"/> <i>Short draw</i>	<input type="checkbox"/> <i>No draw</i>
Red Top Tube #1 (RD01)	<input type="checkbox"/> <i>Full draw</i>	<input type="checkbox"/> <i>Short draw</i>	<input type="checkbox"/> <i>No draw</i>
Red Top Tube #2 (RD02)	<input type="checkbox"/> <i>Full draw</i>	<input type="checkbox"/> <i>Short draw</i>	<input type="checkbox"/> <i>No draw</i>
Lavender Tube #1 (LV01)	<input type="checkbox"/> <i>Full draw</i>	<input type="checkbox"/> <i>Short draw</i>	<input type="checkbox"/> <i>No draw</i>
Lavender Tube #2 (LV02)	<input type="checkbox"/> <i>Full draw</i>	<input type="checkbox"/> <i>Short draw</i>	<input type="checkbox"/> <i>No draw</i>
PAXgene Tube (PX01)	<input type="checkbox"/> <i>Full draw</i>	<input type="checkbox"/> <i>Short draw</i>	<input type="checkbox"/> <i>No draw</i>
Part E: Blood Collection Results			
1. Collection Time: __ __ : __ __ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <small>H H M M</small>		2. TrekView temperature monitor activated and included with specimen in amber transport bag? <input type="checkbox"/> Yes	
3. Time specimen and TrekView temperature monitor placed in shipping container: __ __ : __ __ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <small>H H M M</small>		4. Problems with the blood draw? (Mark all that apply.) <input type="checkbox"/> No problems <input type="checkbox"/> Fainting <input type="checkbox"/> Light-headedness <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Bruising <input type="checkbox"/> Other, specify _____	
Part F: Comments			
_____ _____			

➤ **GO TO TOP OF FORM AND COMPLETE PART C BLOOD COLLECTION STATUS**

Se estima que el cálculo de tiempo para esta recolección de información es de 3 minutos por cuestionario, incluyendo el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe sus comentarios respecto a este cálculo de tiempo o a otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias de cómo reducir este cálculo de tiempo a: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0664). No devuelva el cuestionario contestado a esta dirección.

RS8c – Cheek Cell Data Collection Form

Respondent ID (Text Readable Barcode)

DCN

OMB Control Number: 0925-0664

Expiration Date: 11/30/2015

Date Printed



PATH Study Cheek Cell Data Collection Form

Interviewer-Administered

Part A: Administrative	Part C: Cheek Cell Collection Status
<p>1. Staff ID: <i>Preprinted</i></p> <p>2. Today's Date: _ _ / _ _ / _ _ _ _ M M D D Y Y Y Y</p> <p>3. Buccal Cheek Cell Collection: <input type="checkbox"/> Agreed <input type="checkbox"/> Not Agreed (Go to Part C)</p> <p>4. Cheek Cell Kit ID: <i>(Place Label Here)</i></p>	<p>1. Collection Status (Mark one): <input type="checkbox"/> Collected (End) <input type="checkbox"/> Not Collected <input type="checkbox"/> Attempted, Not Collected</p> <p>2. Reason not collected (Mark one main reason): <input type="checkbox"/> Respondent refused, specify: _____ <input type="checkbox"/> Respondent refused, unwilling to give reason <input type="checkbox"/> Respondent ill/emergency <input type="checkbox"/> No time/busy <input type="checkbox"/> Uncomfortable with self-collection procedures <input type="checkbox"/> Defective/missing collection supplies <input type="checkbox"/> Mouth Condition, specify: _____ <input type="checkbox"/> Physical limitation, specify: _____ <input type="checkbox"/> Other, specify: _____</p>
Part B: Cheek Cell Collection Questions	
<p>1. ¿Cuándo fue la última vez que comió o bebió algo, aparte de agua? Date: _ _ / _ _ / _ _ _ _ M M D D Y Y Y Y Time: _ _ : _ _ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. H H M M <input type="checkbox"/> Refused <input type="checkbox"/> Don't Know</p>	<p>2. ¿Cuándo fue la última vez que se cepilló los dientes? Date: _ _ / _ _ / _ _ _ _ M M D D Y Y Y Y Time: _ _ : _ _ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. H H M M <input type="checkbox"/> Refused <input type="checkbox"/> Don't Know</p>
<p>3. ¿Ha tenido quimioterapia para el cáncer en las últimas 2 semanas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Refused <input type="checkbox"/> Don't Know</p>	

Part D: Cheek Cell Collection Results	
1. Collection Time: __ __ : __ __ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. H H M M	2. Number of Collectors Used: _____
3. TrekView temperature monitor activated and included with specimen in biohazard transport bag? <input type="checkbox"/> Yes	4. Time specimen and TrekView temperature monitor placed in shipping container: __ __ : __ __ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. H H M M
Part E: Comments	

➤ **GO TO TOP OF FORM AND COMPLETE PART C CHEEK CELL COLLECTION STATUS**

Se estima que el cálculo de tiempo para esta recolección de información es de 3 minutos por cuestionario, incluyendo el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe sus comentarios respecto a este cálculo de tiempo o a otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias de cómo reducir este cálculo de tiempo a: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0664). No devuelva el cuestionario contestado a esta dirección.

RS8d –Urine Data Collection Form

Respondent ID (Text Readable Barcode)

DCN

OMB Control Number: 0925-0664

Expiration Date: 11/30/2015

Date Printed



PATH Study Urine Data Collection Form *Interviewer-Administered*

Part A: Administrative	Part C: Urine Collection Status
<p>1. Staff ID: <i>Preprinted</i></p> <p>2. Today's Date: _ _ / _ _ / _ _ _ _ M M D D Y Y Y Y</p> <p>3. Urine Collection: <input type="checkbox"/> Agreed <input type="checkbox"/> Not Agreed (Go to Part C)</p> <p>4. Urine Kit ID: <i>(Place Label Here)</i></p>	<p>1. Collection Status (Mark one): <input type="checkbox"/> Collected (End) <input type="checkbox"/> Not Collected <input type="checkbox"/> Attempted, Not Collected</p> <p>2. Reason not collected (Mark one main reason): <input type="checkbox"/> Respondent refused, specify: _____ <input type="checkbox"/> Respondent refused, unwilling to give reason <input type="checkbox"/> Respondent ill/emergency <input type="checkbox"/> Unable to urinate <input type="checkbox"/> No time/busy <input type="checkbox"/> Uncomfortable with self-collection procedures <input type="checkbox"/> Defective/missing collection supplies <input type="checkbox"/> Physical limitation, specify: _____ <input type="checkbox"/> Other, specify: _____</p>
Part B: Urine Collection Questions	
<p>1. ¿Cuándo fue la última vez que orinó? Date: _ _ / _ _ / _ _ _ _ M M D D Y Y Y Y</p> <p>Time: _ _ : _ _ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. H H M M</p> <p><input type="checkbox"/> Refused <input type="checkbox"/> Don't Know</p>	<p>2. ¿Cuándo fue la última vez que comió o bebió algo, aparte de agua? Date: _ _ / _ _ / _ _ _ _ M M D D Y Y Y Y</p> <p>Time: _ _ : _ _ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. H H M M</p> <p><input type="checkbox"/> Refused <input type="checkbox"/> Don't Know</p>
<p>3. ¿Ha tenido quimioterapia para el cáncer en las últimas 2 semanas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Refused <input type="checkbox"/> Don't Know</p>	
Part D: Urine Collection Results	
<p>1. Collection time: _ _ : _ _ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. H H M M</p>	<p>2. TrekView temperature monitor activated and included with specimen in amber transport bag? <input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>3. Time specimen and TrekView temperature monitor placed in shipping container: _ _ : _ _ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. H H M M</p>	

Part E: Comments

➤ **GO TO TOP OF FORM AND COMPLETE PART C URINE COLLECTION STATUS**

Se estima que el cálculo de tiempo para esta recolección de información es de 3 minutos por cuestionario, incluyendo el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe sus comentarios respecto a este cálculo de tiempo o a otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias de cómo reducir este cálculo de tiempo a: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0664). No devuelva el cuestionario contestado a esta dirección.