

Cuestionario Auto-informe de Lipodistrofía

1a. Desde su última visita en [MES], ¿ha notado cambios en la distribución o en la cantidad de grasa en su cuerpo (tanto, pérdida como aumento de grasa)? [Estos cambios se refieren a la primera vez que ocurrieron y el nivel de gravedad durante estos últimos dos años.]

- No (IF "NO", SKIP TO QUESTION 3)
 Sí

1b. Si contestó que "Sí" a la primera pregunta, ¿cuáles partes de su cuerpo fueron afectadas y cuán grave fue?

[ASK EACH ITEM AND RECORD ANSWER]

	If No, go to next question. If Yes, indicate tipo de cambio y gravedad del cambio		¿Fué este cambio aumento o pérdida?		Gravedad del cambio		
	No	Sí	Aumento	Pérdida	Alguna	Moderada	Severa
1) Grasa facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Grasa en los brazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Grasa en las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Grasa en los glúteos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Grasa en el abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Grasa detrás del cuello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Grasa en los senos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Cintura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Cadera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Otro (especifique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1c. Desde qué notó estos cambios, ¿ha hecho usted algo para influir en la distribución de grasa en su cuerpo? Por ejemplo:

[ASK EACH ITEM AND RECORD ANSWER]

	No	Sí		No	Sí
1) Cambiar la dieta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6) Liposucción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Cambiar los medicamentos contra el VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7) Implantes en las mejillas/inyecciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Hacer ejercicios/levantamiento de pesas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8) Otra cirugía cosmética	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Tomar suplementos nutritivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9) Otro (especifique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Tomar hormonas de crecimiento o esteroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

2. Desde su última visita en [MES], ¿ha notado cambio en:

If No, go to next question. If Yes, indicate if change was an increase or decrease and the amount of change.

	Mark only one		Tamaño del cambio en los últimos dos años				
	No	Sí	Aumento	Pérdida	<1 in.	1-2 in.	>2 in.
1) Tamaño del cuello/camisa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Tamaño de cintura/pantalón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In.= pulgadas

3. Desde su última visita en [MES], ¿le ha dicho su médico que usted tiene:

	No	Sí
1) Nivel alto de colesterol en la sangre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Niveles altos de triglicéridos en la sangre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Presión sanguínea alta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Desde su última visita en [MES], ¿le ha dicho su médico que usted tiene alto nivel de azúcar en la sangre, o diabetes, o diabetes de azúcar?

No Sí

5. ¿Ha tomado insulina desde su última visita?

No Sí

(IF "NO", GO TO NEXT PAGE)
(IF "NO", GO TO NEXT PAGE)

6. ¿Está tomando insulina actualmente?

No Sí

SERIAL #



LIPODYSTROPHY PHYSICAL EXAMINATION

1. Height:

inches

0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9

(see instructions)

2. Chest Girth:

cm

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

(see instructions)

3. Waist Girth:

cm

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

(see instructions)

4. Hip Girth:

cm

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

(see instructions)

5. Mid-Arm Girth:

cm

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

(see instructions)

6. Thigh Girth:

cm

0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

(see instructions)

2a. Breast Skinfold:

mm

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

3a. Abdomen Skinfold:

mm

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

5a. Bi-cep Skinfold:

mm

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

5b. Tri-cep Skinfold:

mm

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

6a. Thigh Skinfold:

mm

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

7. Fat Wasting (see severity definitions below):

If None, go to next question. If Yes, indicate severity of symptom.

Severity*

Mild Moderate Severe

1) Facial fat loss (sunken cheeks)

2) Arms

3) Legs

4) Buttocks

8. Fat Accumulation:

If None, go to next question. If Yes, indicate severity of symptom.

Severity*

Mild Moderate Severe

1) Moon facies

2) Abdomen

3) Back of Neck

4) Breasts

9. Other physical exam findings noted related to fat distribution:

Specify:

* Definitions:

None: Patient does not exhibit any signs of fat maldistribution. (Not noted by patient or clinician)

Mild: Mild signs noted only after close inspection by patient or clinician.

Moderate: Signs of fat maldistribution are noticed by patient or clinician without specifically looking for it. Patient may complain that current clothing has become tighter.

Severe: Signs of fat maldistribution easily noted by casual observer. Symptoms have required a change in size of clothing or undergarments worn.