

Ensayo clínico HALT-C  
Formulario de síntomas

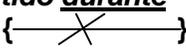
Formulario # 43 Versión A: 06/15/2001

**SECTION A: GENERAL INFORMATION**

- A1. Affix ID Label Here →
- A2. Patient initials: \_\_\_\_\_
- A3. Visit number: \_\_\_\_\_
- A4. Visit Date: MM / DD / YYYY \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- A5. Initials of person completing Section A: \_\_\_\_\_

**Note:** This is a patient administered form.

**SECCIÓN B: SÍNTOMAS**

B1. **Marque cada línea con una "x" que mejor describa como se ha sentido durante la semana pasada. Coloque una "x" en cada línea a continuación.** { 

	Nada	Peor que nunca
a. Fatiga	_____	
b. Náusea	_____	
c. Dolor en el área del hígado	_____	
d. Poco apetito	_____	
e. Dolores de cabeza	_____	
f. Dolores musculares o de articulaciones	_____	
g. Picazón	_____	
h. Irritabilidad	_____	
i. Depresión/tristeza	_____	

Scoring: For Data Manager Use Only

a. \_\_\_\_

b. \_\_\_\_

c. \_\_\_\_

d. \_\_\_\_

e. \_\_\_\_

f. \_\_\_\_

g. \_\_\_\_

h. \_\_\_\_

i. \_\_\_\_

B2. \_\_\_\_

B2. **Marque con una "x" el lugar en la línea a continuación que mejor indique cómo se ha sentido en general.**

Muy bien Muy mal

|\_\_\_\_\_|