



Exam 6 Vitamin D Screening Form

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date: / /
Month Day Year

The following questions will be used to determine eligibility for the Vitamin D Ancillary Study. Questions 3-6 will be prefilled from previously answered Exam 6 questionnaires. Confirm with the participant that the pre-filled responses are correct.

1. Has the participant refused to participate in MESA INVITE?

☐ Yes* ☐ No

2. Was the participant not screened or enrolled for a reason other than the screening questions?

☐ Yes ☐ No

↳ Please specify:

3. Is the total daily dose of vitamin D reported in the Medications form more than 1000 IU?

☐ Yes ☐ No

↳ Ask the participant:

3a. ¿Estaría dispuesto a **reducir temporalmente** los suplementos de vitamina D para participar en el estudio de vitamina D?

☐ Yes ☐ No*

↳ End questionnaire.

4. Did the participant report taking Paricalcitol, Zemplar, Hectorol, Doxercalciferol, Rocaltrol, Calcijex, or Calcitriol NovaPlus in the Medications form?

☐ Yes* ☐ No

5. Did the participant report having kidney stones since their last MESA visit?

☐ Yes* ☐ No

6. Did the participant report kidney failure requiring dialysis or transplantation?

☐ Yes* ☐ No

Please ask the participant:

7. ¿Ha tenido usted alguna vez una enfermedad llamada hiperparatiroidismo, en la cual los niveles en sangre de calcio y hormona paratiroides son muy altos? Por favor, tenga en cuenta que el hiperparatiroidismo es diferente del hipertiroidismo y del hipotiroidismo, que son problemas comunes de una glándula distinta.

☐ Yes* ☐ No

8. ¿Le han diagnosticado sarcoidosis?

☐ Yes* ☐ No

9. ¿Le ha dicho alguna vez un proveedor de cuidado de salud que usted tiene niveles elevados del calcio en el suero?

☐ Yes* ☐ No

(continued)

***Clinic Staff: Please note that any starred item excludes the participant from participating in the Vitamin D Ancillary Study.**



Exam 6

Vitamin D Screening Form

Please ask the participant:

10. ¿Tuvo una reacción alérgica o adversa al aceite de girasol o a la vitamina D?

☐ Yes* ☐ No

11. ¿Está usted participando actualmente en otro estudio de investigación intervencionista o estudio clínico?

☐ Yes* ☐ No

If Yes to questions 3 and 3A:

12. ¿Fueron indicados o recomendados los suplementos de vitamina D por su proveedor de cuidado de salud?

☐ No ☐ Yes

Si le gustaría participar en el estudio MESA INVITE, tendrá que preguntarle a su proveedor de cuidado de salud si es seguro reducir temporalmente los suplementos de vitamina D por 12 semanas antes de empezar el medicamento de estudio y tendrá que volver a la clínica después de esas 12 semanas para comenzar el estudio. ¿Quisiera participar?

☐ No ☐ Yes

End
questionnaire.

Si le gustaría participar en MESA INVITE, usted tendrá que preguntarle a su proveedor de cuidado de salud si es seguro reducir temporalmente sus suplementos de vitamina D a 1000 IU o menos por 28 semanas (12 semanas antes del estudio, y por las 16 semanas del estudio). Por favor, llámenos a XXX-XXX-XXXX después de hablar con su proveedor de cuidado de salud.

☐ Participant has approved temporary reduction with provider and will participate

¿Qué día dejará de tomar los suplementos de vitamina D?

Enter date of start of 12-week reduction period:

/ /
Month Day Year

¡Bien! Su Examen de MESA INVITE puede ser programado en cualquier momento después [End of 12-week reduction period].

At the end of the 12-week reduction period, call the participant to confirm that the reduction was completed, and re-administer the screening questionnaire.

Enter date of end of 12-week washout period:

/ /
Month Day Year

Comments: _____

***Clinic Staff: Please note that any starred item excludes the participant from participating in the Vitamin D Ancillary Study.**