



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 for exclusion criteria 1 through 4 will be prefilled from previously answered Exam 6 Questionnaires.

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

☐ Yes* ☐ No

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

☐ Yes* ☐ No

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

☐ Yes* ☐ No

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

☐ Yes* ☐ No

Please ask the participant:

5. ¿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

6. ¿Le han diagnosticado sarcoidosis?

☐ Yes* ☐ No

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

☐ Yes* ☐ No

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

☐ Yes* ☐ No

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

☐ Yes* ☐ No

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