



**GEORGETOWN UNIVERSITY MEDICAL CENTER**  
DEPARTMENT OF MEDICINE  
DIVISION OF RHEUMATOLOGY, IMMUNOLOGY AND ALLERGY

ROOM 3004F, 3<sup>rd</sup> FLOOR, PHC BUILDING  
3800 RESERVOIR ROAD, N.W., WASHINGTON, DC 20007-2197  
TEL: (202) 687-8231 • FAX: (202) 687-9886 • EMAIL: BARANIUKLAB@GMAIL.COM  
WWW9.GEORGETOWN.EDU/FACULTY/BARANIUJ

**Questionnaire Check List**

- |                   |                          |                  |                          |
|-------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Questionnaire 1   | <input type="checkbox"/> | Questionnaire 31 | <input type="checkbox"/> |
| Questionnaire 2   | <input type="checkbox"/> | Questionnaire 32 | <input type="checkbox"/> |
| Questionnaire 3   | <input type="checkbox"/> | Questionnaire 33 | <input type="checkbox"/> |
| Questionnaire 4   | <input type="checkbox"/> | Questionnaire 34 | <input type="checkbox"/> |
| Questionnaire 5   | <input type="checkbox"/> | Questionnaire 35 | <input type="checkbox"/> |
| Questionnaire 6   | <input type="checkbox"/> | Questionnaire 36 | <input type="checkbox"/> |
| Questionnaire 7   | <input type="checkbox"/> | Questionnaire 37 | <input type="checkbox"/> |
| Questionnaire 8   | <input type="checkbox"/> | Questionnaire 38 | <input type="checkbox"/> |
| Questionnaire 9   | <input type="checkbox"/> | Questionnaire 39 | <input type="checkbox"/> |
| Questionnaire 10a | <input type="checkbox"/> | Questionnaire 40 | <input type="checkbox"/> |
| Questionnaire 10b | <input type="checkbox"/> | Questionnaire 41 | <input type="checkbox"/> |
| Questionnaire 11  | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| Questionnaire 12  | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| Questionnaire 13  | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| Questionnaire 14  | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| Questionnaire 15  | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| Questionnaire 16  | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| Questionnaire 17  | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| Questionnaire 18  | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| Questionnaire 19  | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| Questionnaire 20  | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| Questionnaire 21  | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| Questionnaire 22  | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| Questionnaire 23  | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| Questionnaire 24  | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| Questionnaire 25  | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| Questionnaire 26  | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| Questionnaire 27  | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| Questionnaire 28  | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| Questionnaire 30  | <input type="checkbox"/> |                  |                          |