

38 Forma 2 – Medicamentos No-Anti-Virales

Complete las siguientes preguntas para cada uno de los medicamentos que aparecen en la lista de la pregunta 15.C(2).

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Atovaquone (BW566C80, Mepron) | <input type="radio"/> Hidroxiurea (Hydrea) |
| <input type="radio"/> Azitromicina (Zithromax) | <input type="radio"/> Interleukin-2 (IL-2) |
| <input type="radio"/> Bactrim (Septra, SMZ-TMP, Sulfamethoxazole) | <input type="radio"/> Intraconazole (Sporonox) |
| <input type="radio"/> Ciprofloxacín (CIPRO) | <input type="radio"/> Ketoconazole (Nizoral) |
| <input type="radio"/> Clarithromicina (Biaxin) | <input type="radio"/> Megace (acetato de megestrol) |
| <input type="radio"/> Co-enzima Q | <input type="radio"/> Mycelex (Clotrimazole) |
| <input type="radio"/> Medicamentos para aumentar el nivel de glóbulos blancos en la sangre (G-CSF, Neupogen) | <input type="radio"/> NAC (N-acetyl-cysteine) |
| <input type="radio"/> Cortisone | <input type="radio"/> Nandralone (Deca-Durabolin) |
| <input type="radio"/> Dapsone | <input type="radio"/> Nystatín (nistatina) |
| <input type="radio"/> DHEA | <input type="radio"/> Oxandrin (Oxandrolone) |
| <input type="radio"/> Etambutol (Myambutal) | <input type="radio"/> Pentamidina en aerosol |
| <input type="radio"/> Eritropoietina (Epogen, Procrit) | <input type="radio"/> Rifabutin (Ansamicín, Micobutí) |
| <input type="radio"/> Flagyl (Metronidazole) | <input type="radio"/> Serostim |
| <input type="radio"/> Fluconazole (Diflucan) | <input type="radio"/> Testosterona (Delatestryl, Virilon, Testoderm, Androderm, Androgel) |
| <input type="radio"/> Ganciclovir (DHPG, Cytovene) | <input type="radio"/> Vacuna experimental (genérica) |

Usted dijo que estaba tomando [MEDICAMENTO] desde su última visita:

1. A. ¿Tomó este medicamento como parte de un estudio clínico investigativo?
- No (Vaya a la pregunta 2)
- Sí
- B. ¿Fue éste un tipo de estudio en el cual usted podría haber tomado un placebo (no el medicamento como tal), o en el cual usted no sabía qué medicamento estaba tomando?
- No
- Sí
- C. ¿Fue este estudio parte del AIDS Clinical Trial Group (ACTG)? (Grupo de Ensayos Clínicos del SIDA)
- No (Vaya a la F)
- Sí
- No lo sé (Vaya a la F)
- D. ¿Está actualmente tomando este medicamento como parte del estudio clínico investigativo?
- No
- Sí

Termine aquí si el participante no fue notificado de que recibió tratamiento y prosiga con el próximo medicamento.

No. Ident.				No. Visita		Fecha		
						<input type="radio"/> Ene	Día	Año
0	0	0	0	0	0	<input type="radio"/> Feb		
1	1	1	1	1	1	<input type="radio"/> Mar	0	0
2	2	2	2	2	2	<input type="radio"/> Abr	10	1
3	3	3	3	3	3	<input type="radio"/> May	20	2
4	4	4	4	4	4	<input type="radio"/> Jun	30	3
5	5	5	5	5	5	<input type="radio"/> Jul	4	4
6	6	6	6	6	6	<input type="radio"/> Ago	5	5
7	7	7	7	7	7	<input type="radio"/> Sep	6	6
8	8	8	8	8	8	<input type="radio"/> Oct	7	7
9	9	9	9	9	9	<input type="radio"/> Nov	8	8
						<input type="radio"/> Dic	9	9

Otra

Nombre

Código de la droga

	0	100	200	300	400	500	600	700	800	900
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

2. ¿Con qué frecuencia tomó este medicamento?

(Anote el número de veces al día, a la semana, al mes o al año.)

Número de veces

	0	0
	10	1
	20	2
	30	3
	40	4
	50	5
	60	6
	70	7
	80	8
	90	9

por

- Día
- ó
- Semana
- ó
- Mes
- ó
- Año
- No lo sé

3. ¿Durante cuántos días, semanas o meses usó el medicamento desde su última visita?

0	0	0
100	10	1
200	20	2
300	30	3
400	40	4
500	50	5
600	60	6
700	70	7
800	80	8
900	90	9

- Días
- ó
- Semanas
- ó
- Meses
- No lo sé

4. ¿Está actualmente tomando este medicamento [NO como parte de un estudio investigativo]?

- No
- Sí