

39 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	<input type="radio"/> 0 0	<input type="radio"/> Día <input type="radio"/> Año
<input type="radio"/> Feb	<input type="radio"/> 1 1	<input type="radio"/> 0 0 00
<input type="radio"/> Mar	<input type="radio"/> 2 2	<input type="radio"/> 10 1 01
<input type="radio"/> Abr	<input type="radio"/> 3 3	<input type="radio"/> 20 2 02
<input type="radio"/> May	<input type="radio"/> 4 4	<input type="radio"/> 30 3 03
<input type="radio"/> Jun	<input type="radio"/> 5 5	<input type="radio"/> 4 04
<input type="radio"/> Jul	<input type="radio"/> 6 6	<input type="radio"/> 5 05
<input type="radio"/> Ago	<input type="radio"/> 7 7	<input type="radio"/> 6 06
<input type="radio"/> Sep	<input type="radio"/> 8 8	<input type="radio"/> 7 07
<input type="radio"/> Oct	<input type="radio"/> 9 9	<input type="radio"/> 8 08
<input type="radio"/> Nov		<input type="radio"/> 9 09
<input type="radio"/> Dic		

Otra

Nombre

Código de la droga

<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 100	<input type="radio"/> 200	<input type="radio"/> 300	<input type="radio"/> 400	<input type="radio"/> 500	<input type="radio"/> 600	<input type="radio"/> 700	<input type="radio"/> 800	<input type="radio"/> 900
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 20	<input type="radio"/> 30	<input type="radio"/> 40	<input type="radio"/> 50	<input type="radio"/> 60	<input type="radio"/> 70	<input type="radio"/> 80	<input type="radio"/> 90
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 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

<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0
<input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 1
<input type="radio"/> 20	<input type="radio"/> 2
<input type="radio"/> 30	<input type="radio"/> 3
<input type="radio"/> 40	<input type="radio"/> 4
<input type="radio"/> 50	<input type="radio"/> 5
<input type="radio"/> 60	<input type="radio"/> 6
<input type="radio"/> 70	<input type="radio"/> 7
<input type="radio"/> 80	<input type="radio"/> 8
<input type="radio"/> 90	<input type="radio"/> 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?

<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0
<input type="radio"/> 100	<input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 1
<input type="radio"/> 200	<input type="radio"/> 20	<input type="radio"/> 2
<input type="radio"/> 300	<input type="radio"/> 30	<input type="radio"/> 3
<input type="radio"/> 400	<input type="radio"/> 40	<input type="radio"/> 4
<input type="radio"/> 500	<input type="radio"/> 50	<input type="radio"/> 5
<input type="radio"/> 600	<input type="radio"/> 60	<input type="radio"/> 6
<input type="radio"/> 700	<input type="radio"/> 70	<input type="radio"/> 7
<input type="radio"/> 800	<input type="radio"/> 80	<input type="radio"/> 8
<input type="radio"/> 900	<input type="radio"/> 90	<input type="radio"/> 9

- Días
 ó
 Semanas
 ó
 Meses
 No lo sé

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

- No
 Sí