

40 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).

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

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.

0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

No. Visita

4	0	0
1	1	
2	2	
3	3	
4	4	
5	5	
6	6	
7	7	
8	8	
9	9	

Fecha

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

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