

## 42 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"/> Nystatin (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																																																																																																			
<table border="1"> <tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td></tr> <tr><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td></tr> <tr><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td></tr> </table>	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	<table border="1"> <tr><td>4</td><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>0</td><td>●</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>●</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>●</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td>9</td><td></td></tr> </table>	4	2	0	0	●		1	1		●	2		3	3		●	4		5	5		6	6		7	7		8	8		9	9		<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Ene</td> <td><input type="radio"/> 00</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Feb</td> <td><input type="radio"/> 01</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Mar</td> <td><input type="radio"/> 02</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Abr</td> <td><input type="radio"/> 03</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> May</td> <td><input type="radio"/> 04</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Jun</td> <td><input type="radio"/> 05</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Jul</td> <td><input type="radio"/> 06</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Ago</td> <td><input type="radio"/> 07</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Sep</td> <td><input type="radio"/> 08</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Oct</td> <td><input type="radio"/> 09</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Nov</td> <td><input type="radio"/> 00</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Dic</td> <td><input type="radio"/> 01</td> </tr> </table>	Día	Año	<input type="radio"/> Ene	<input type="radio"/> 00	<input type="radio"/> Feb	<input type="radio"/> 01	<input type="radio"/> Mar	<input type="radio"/> 02	<input type="radio"/> Abr	<input type="radio"/> 03	<input type="radio"/> May	<input type="radio"/> 04	<input type="radio"/> Jun	<input type="radio"/> 05	<input type="radio"/> Jul	<input type="radio"/> 06	<input type="radio"/> Ago	<input type="radio"/> 07	<input type="radio"/> Sep	<input type="radio"/> 08	<input type="radio"/> Oct	<input type="radio"/> 09	<input type="radio"/> Nov	<input type="radio"/> 00	<input type="radio"/> Dic	<input type="radio"/> 01
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																																																																																																		
4	2	0																																																																																																			
0	●																																																																																																				
1	1																																																																																																				
●	2																																																																																																				
3	3																																																																																																				
●	4																																																																																																				
5	5																																																																																																				
6	6																																																																																																				
7	7																																																																																																				
8	8																																																																																																				
9	9																																																																																																				
Día	Año																																																																																																				
<input type="radio"/> Ene	<input type="radio"/> 00																																																																																																				
<input type="radio"/> Feb	<input type="radio"/> 01																																																																																																				
<input type="radio"/> Mar	<input type="radio"/> 02																																																																																																				
<input type="radio"/> Abr	<input type="radio"/> 03																																																																																																				
<input type="radio"/> May	<input type="radio"/> 04																																																																																																				
<input type="radio"/> Jun	<input type="radio"/> 05																																																																																																				
<input type="radio"/> Jul	<input type="radio"/> 06																																																																																																				
<input type="radio"/> Ago	<input type="radio"/> 07																																																																																																				
<input type="radio"/> Sep	<input type="radio"/> 08																																																																																																				
<input type="radio"/> Oct	<input type="radio"/> 09																																																																																																				
<input type="radio"/> Nov	<input type="radio"/> 00																																																																																																				
<input type="radio"/> Dic	<input type="radio"/> 01																																																																																																				

Otra →

↓

**Código de la droga**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 por

Día  
 ó  
 Semana  
 ó  
 Mes  
 ó  
 Año

No lo sé

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

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

Días  
 ó  
 Semanas  
 ó  
 Meses

No lo sé

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

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

- No  
 Sí