

# 45 Forma 2 – Medicamentos No-Antiretrovirales

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

- atovaquone (Mepron, BW566C80) (190)
- etambutol (Myambutol) (137)
- azitromicina (Zithromax) (152)
- fluconazole (Diflucan) (116)
- Bactrim (Septra, TMP/SMX) (112)
- foscarnet (foscavir) (091)
- ciprofloxacín (Cipro) (153)
- ganciclovir (Cytovene, DHPG, valcyte, valganciclovir) (125)
- clarithromicina (Biaxin) (184)
- interleukin 2 (IL-2) (096)
- co-enzima Q (196)
- Marinol (dronabinol) (547)
- medicamentos para aumentar el nivel de glóbulos blancos en la sangre (G-CSF, Neupogen) (157)
- Megace (acetato de megestrol) (123)
- Dapsone (113)
- NAC (N-acetyl cysteine) (188)
- DHEA (dihydroepiandrostedione) (161)
- Nandrolone (deca-durabolin) (232)
- Oxandrín (oxandrolone) (228)
- eritropoietina (Epogen, Procrit, Aranesp) (117)
- Serostim (hormona del crecimiento humano) (245)
- testosterona (AndroGel, Androderm, Delatestryl, Striant, Testoderm, Virilon) (236)

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

Fecha

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

Nombre del medicamento:

Otra →

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

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
- Sí
- No lo sé

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.

2. ¿Con qué frecuencia tomó este medicamento?

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

Número de veces por

- Día
- Semana
- Mes
- 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, meses) usó el medicamento desde su última visita?

- Días
- Semanas
- 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