

# 39 FORMA 1—Medicamentos Anti-virales

Complete las siguientes preguntas para cada uno de los siguientes medicamentos en la pregunta 15.B(3).

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> 3-TC (Epiriv, lamivudina)                 | <input type="radio"/> Efavirenz (Sustiva)                              |
| <input type="radio"/> Sulfato de abacavir (Ziagen)              | <input type="radio"/> Indinavir (Crixivan)                             |
| <input type="radio"/> Amprenavir (Agenerase)                    | <input type="radio"/> Lopinavirina (Kaletra)                           |
| <input type="radio"/> AZT (Retrovir, zidovudina)                | <input type="radio"/> Mesilato de nelfinavir (Viracept)                |
| <input type="radio"/> Atazanavirina (BMS-232632)                | <input type="radio"/> Nevirapina (Viramune)                            |
| <input type="radio"/> Combivir (AZT & 3-TC)                     | <input type="radio"/> Ritonavir (Norvir)                               |
| <input type="radio"/> d4T (Zerit, Stavudina)                    | <input type="radio"/> Saquinavir (Invirase, Fortovase)                 |
| <input type="radio"/> ddC (dideoxicitidina, HIVID, Zalcitabina) | <input type="radio"/> Tenofovirina (Viread)                            |
| <input type="radio"/> ddI (dideoxinosina, Didanosina, Videx)    | <input type="radio"/> Trizivirina (abacavir + zidovudina + lamivudina) |
| <input type="radio"/> Mesilato de delavirdina (Rescriptor)      | <input type="radio"/> T-20   |
|   | <input type="radio"/> Otro medicamento antiretroviral: _____           |

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

|   |   |
|---|---|
| 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  | 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    | 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  |

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 pudo 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 de SIDA)
- No  No lo sé  Sí
- D. ¿Está actualmente tomando este medicamento como parte del estudio clínico investigativo?
- No  Sí

Si la respuesta del participante fue que tomó el medicamento como parte de un estudio, pero no fue notificado que lo estaba tomando, termine la entrevista. En caso de que tomó el medicamento, y fue notificado, vaya a la pregunta 4.

E. [Desde su última visita] ¿En qué mes y año fue cuando tomó por última vez este medicamento como parte del estudio clínico investigativo?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| E  | F  | M  | A  | M  | J  | J  | A  | S  | O  | N  | D  |
| 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 |

Termine aquí si el participante no fue notificado del tratamiento, y continúe con el próximo medicamento.

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

No  Sí **(Vaya a la pregunta 4)**

Si la respuesta es 'Sí', pero el medicamento fue tomado previamente como parte de un estudio, recuerde que debe completar el segundo formulario de medicamentos.

Nombre del medicamento:

Código del medicamento:

|   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 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   |

3. [Desde su última visita] ¿Puede decirme el mes y el año de la vez más reciente en que tomó este medicamento?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| E  | F  | M  | A  | M  | J  | J  | A  | S  | O  | N  | D  |
| 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 |

4. ¿Es una píldora o una inyección?

- Píldora
- Inyección

SI ES INYECCIÓN, PASE A LA PREG. 7.

5. De acuerdo con las instrucciones de su médico, ¿cuántas veces al día debe usted tomar [MEDICAMENTO]? [Si no está tomando la medicina actualmente, use la fecha mas reciente]

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

6. De acuerdo con las instrucciones de su médico, ¿cuántas pastillas debe usted ingerir cada vez que toma la medicina?

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

SI ES PILDORA, PASE A LA PREG. 8.

7. ¿Cuántas veces al día, a la semana o al mes se inyecta esta medicina?

Número de veces 

|   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
|---|----|----|----|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 10 | 20 | 30 |   |   |   |   |   |   |
| 0 | 1  | 2  | 3  | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

 por  Día  Semana  Mes

Por favor continúe del otro lado

8. ¿Comenzó a tomar el medicamento desde su última visita?

- No (Vaya a la pregunta 10)  Sí

9. Desde su última visita, ¿en cuál mes y año comenzó a tomar el medicamento?

|  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|  | E  | F  | M  | A  | M  | J  | J  | A  | S  | O  | N  | D  |
|  | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 |

10. Desde su última visita, ¿cuánto tiempo ha utilizado [MEDICAMENTO]?

- Una semana o menos  
 Más de una semana, pero menos de un mes  
 De 1 a 2 meses (incluye 2 meses y mas, pero menos de 3 meses)  
 De 3 a 4 meses (incluye 4 meses y mas, pero menos de 5 meses)  
 De 5 a 6 meses  
 Más de 6 meses

11. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes efectos secundarios causados por [MEDICAMENTO]?

(Marque todas las respuestas que apliquen a su caso.)

- Nivel reducido de glóbulos blancos (nivel reducido de neutrofilos)  
 Anemia (nivel reducido de glóbulos rojos/hemoglobina baja)  
 Hemorragia  
 Mareo/dolores de cabeza  
 Náuseas/vómitos  
 Dolor en el abdomen (pancreatitis/estómago hinchado/cólicos)  
 Dolor o debilidad muscular (miopatía/miositis/calambres musculares/espasmos)  
 Quemazón/hormigueo en los brazos y piernas (neuropatía/neuritis/entumecimiento)  
 Diarrea  
 Piedras en el riñón  
 Erupciones en la piel  
 Alto nivel de azúcar en la sangre/Diabetes  
 Alto nivel de colesterol o de los triglicéridos  
 Dolor al orinar  
 Presión sanguínea alta  
 Distribución anormal de la grasa del cuerpo  
 Sueños o pesadillas vívidas  
 Toxicidad en el hígado (función anormal del hígado)  
 Insomnio, problemas para conciliar el sueño  
 Otro, especifique:

|          |
|----------|
| 1) _____ |
| 2) _____ |
| 3) _____ |

- Ninguna de las anteriores

12. ¿En algún momento dejó de tomar este medicamento desde su última visita? [NO incluyendo sustituciones de medicamentos recetados]

- No (Vaya a la pregunta 14)  Sí

13. ¿Por qué dejó de tomar este medicamento?

(Marque todas las respuestas que se apliquen a su caso.)

- Nivel reducido de glóbulos blancos (nivel reducido de neutrofilos)  
 Anemia (nivel reducido de glóbulos rojos/hemoglobina baja)  
 Hemorragia  
 Mareo/dolores de cabeza  
 Náuseas/vómitos  
 Dolor en el abdomen (pancreatitis/estómago hinchado/cólicos)  
 Dolor o debilidad muscular (miopatía/miositis/calambres musculares/espasmos)  
 Quemazón/hormigueo en los brazos y piernas (neuropatía/neuritis/entumecimiento)  
 Diarrea  
 Piedras en el riñón  
 Erupciones en la piel  
 Alto nivel de azúcar en la sangre/Diabetes  
 Alto nivel de colesterol o de los triglicéridos  
 Dolor al orinar  
 Presión sanguínea alta  
 Distribución anormal de la grasa del cuerpo  
 Sueños o pesadillas vívidas  
 Toxicidad en el hígado (función anormal del hígado)  
 Insomnio, problemas para conciliar el sueño  
 Aumento en la carga viral  
 Descenso en la carga viral  
 Hospitalización  
 Decisión personal  
 Cambios en la receta del médico  
 Muy costoso  
 Muy inconveniente (se terminó la medicina, estuvo de vacaciones, no consiguió la receta)  
 Cambió a otra medicina para reducir el número de pastillas o la dosis que tenía que tomar  
 Otro, especifique:

|          |
|----------|
| 1) _____ |
| 2) _____ |
| 3) _____ |

14. ¿Generalmente con qué frecuencia tomó su medicamento de acuerdo a la receta?

- 100% de las veces  
 95–99% de las veces  
 75–94% de las veces  
 <75% de las veces