

40 FORMA 1—Medicamentos Anti-virales

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

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

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.

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

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, a la semana o al mes [MEDICAMENTO]? [Si no está tomando la medicina actualmente, use la fecha mas reciente]

Número de veces

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

por Día Semana Mes

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