

# 42 FORMA 1—Medicamentos Anti-virales

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

- 3-TC (Eпивir, Lamivudina)
- Sulfato de abacavir (Ziagen)
- Amprenavir (Agenerase)
- AZT (Retrovir, Zidovudina)
- Atazanavirina (Reyataz, BMS-232632)
- Combivir (AZT & 3-TC)
- d4T (Zerit, Stavudina)
- ddI (Dideoxinosina, Didanosina, Videx)
- Mesilato de Delavirdina (Rescriptor)
- Efavirenz (Sustiva)
- Epzicom (Abacavir + Lamivudina)
- Lexiva (Fosamprenavir)
- Emtriva (Emtricitabine, Coviracil, FTC)
- Fuzeon (Pentafuside, Enfuvirtide, T-20)
- Indinavir (Crixivan)
- Lopinavirina (Kaletra)
- Mesilato de Nelfinavir (Viracept)
- Nevirapina (Viramune)
- Ritonavir (Norvir)
- Saquinavir (Invirase, Fortovase)
- Tenofovirina (Viread)
- Tipranavir
- Trizivirina (Abacavir + Zidovudina + Lamivudina)
- Truvada (Tenofovirina + Emtricitabine)
- 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 **(Vaya a E)**  Sí **PARE SI ES UN ESTUDIO CIEGO. SI NO LO ES, 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
94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05

**SI ES UN ESTUDIO CIEGO, PARE. VAYA AL SIGUIENTE MEDICAMENTO. SI NO LO ES, VAYA A LA PREGUNTA 2.**

2. ¿Está actualmente tomando este medicamento [NO como parte de un estudio clínico investigativo]?
  - No **(Vaya a la pregunta 3)**  Sí **(Vaya a la pregunta 4)**

SI LA RESPUESTA ES 'SÍ', PERO EL MEDICAMENTO FUE TOMADO PREVIAMENTE COMO PARTE DE UN ESTUDIO, TIENE QUE COMPLETAR ESTE FORMULARIO PARA FINES INVESTIGATIVOS Y COMPLETAR OTRO FORMULARIO DE USO DEL MEDICAMENTO PARA FINES NO INVESTIGATIVOS.

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	2	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
<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
94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05

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 POR

- Día
- ó
- Semana
- ó
- Mes

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

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 POR

- Día
- ó
- Semana
- ó
- Mes

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

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
	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05

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, durante 2 ó más días, 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