

# 43 FORMA 1—Medicamentos Antiretrovirales

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

- sulfato de abacavir (Ziagen) (218)
- amprenavir (Agenerase) (219)
- atazanavirina (Reyataz) (243)
- Combivir (zidovudine & lamivudine) (227)
- mesilato de delavirdina (Rescriptor) (194)
- didaoxinosina (Videx) (147)
- efavirenz (Sustiva) (220)
- emtricitabine (Emtriva, FTC) (239)
- enfuvirtide (Fuzeon, T-20, pentafuside) (233)
- Epzicom (abacavir, lamivudina) (254)
- fosamprenavir (Lexiva) (249)
- indinavir (Crixivan) (212)
- lamivudina (EpiVir, 3TC) (204)
- lopinavirina (Kaletra) (217)
- mesilato de nelfinavir (Viracept) (216)
- nevirapina (Viramune) (191)
- ritonavir (Norvir) (211)
- saquinavir (Invirase, Fortovase) (210)
- tenofovirina (Viread) (234)
- tipranavir (238)
- Trizivirina (abacavir + lamivudina + zidovudina) (240)
- Truvada (emtricitabine + tenofovirina) (253)
- zidovudina (Retrovir, AZT) (092)

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) estudio? (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	3	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	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] ¿En qué mes y año fue cuando tomó por última vez 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. ¿Toma este medicamento por vía oral o lo recibe con una inyección?

- Por vía oral (una 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 debe tomar [MEDICAMENTO]? [Si no está tomando la medicina actualmente, use la fecha más reciente]

NÚMERO DE VECES POR

Día

Semana

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 LO INGIERE POR VÍA ORAL, 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

Semana

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 este medicamento desde su última visita?

- No **(Vaya a la pregunta 10)**  Sí

9. [Desde su última visita] ¿En qué mes y año comenzó a tomar 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

10. Desde su última visita en (MES), ¿por 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 más, pero menos de 3 meses)  
 De 3 a 4 meses (incluye 4 meses y más, 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)  
 Sangre en la orina  
 Hemorragia  
 Mareo/dolores de cabeza  
 Náuseas/vómitos  
 Dolor en el abdomen (pancreatitis/estómago hinchado/cólicos)  
 Diarrea  
 Dolor o debilidad muscular (miopatía/miositis/calambres musculares/espasmos)  
 Quemazón/hormigueo en los brazos y piernas (neuropatía/neuritis/entumecimiento)  
 Cálculos/Piedras en los riñones  
 Fallo de los riñones  
 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  
 Fatiga  
 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)  
 Sangre en la orina  
 Hemorragia  
 Mareo/dolores de cabeza  
 Náuseas/vómitos  
 Dolor en el abdomen (pancreatitis/estómago hinchado/cólicos)  
 Diarrea  
 Dolor o debilidad muscular (miopatía/miositis/calambres musculares/espasmos)  
 Quemazón/hormigueo en los brazos y piernas (neuropatía/neuritis/entumecimiento)  
 Cálculos/Piedras en los riñones  
 Fallo de los riñones  
 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  
 Fatiga
- 
- Aumento en la carga viral  
 Descenso en la carga viral  
 Hospitalización  
 Decisión personal  
 Cambios en la receta del médico  
 Demasiado costoso  
 Demasiado 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  
 El fin del estudio  
 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