

# 38 Forma 2 – Medicamentos No-Anti-Virales

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Atovaquone (BW566C80, Mepron)  | <input type="radio"/> Hidroxiurea (Hydrea)  |
| <input type="radio"/> Azitromicina (Zithromax)   | <input type="radio"/> Interleukin-2 (IL-2)  |
| <input type="radio"/> Bactrim (Septra, SMZ-TMP, Sulfamethoxazole)  | <input type="radio"/> Intraconazole (Sporonox)  |
| <input type="radio"/> Ciprofloxacín (CIPRO)  | <input type="radio"/> Ketoconazole (Nizoral)  |
| <input type="radio"/> Clarithromicina (Biaxin)   | <input type="radio"/> Megace (acetato de megestrol)                                       |
| <input type="radio"/> Co-enzima Q  | <input type="radio"/> Mycelex (Clotrimazole)  |
| <input type="radio"/> Medicamentos para aumentar el nivel de glóbulos blancos en la sangre (G-CSF, Neupogen) | <input type="radio"/> NAC (N-acetyl-cysteine)   |
| <input type="radio"/> Cortisone  | <input type="radio"/> Nandralone (Deca-Durabolin)   |
| <input type="radio"/> Dapsone  | <input type="radio"/> Nystatín (nistatina)  |
| <input type="radio"/> DHEA   | <input type="radio"/> Oxandrin (Oxandrolone)  |
| <input type="radio"/> Etambutol (Myambutal)  | <input type="radio"/> Pentamidina en aerosol  |
| <input type="radio"/> Eritropoietina (Epogen, Procrit)   | <input type="radio"/> Rifabutin (Ansamicín, Micobutí)                                     |
| <input type="radio"/> Flagyl (Metronidazole)   | <input type="radio"/> Serostim  |
| <input type="radio"/> Fluconazole (Diflucan)   | <input type="radio"/> Testosterona (Delatestryl, Virilon, Testoderm, Androderm, Androgel) |
| <input type="radio"/> Ganciclovir (DHPG, Cytovene)   | <input type="radio"/> Vacuna experimental (genérica)                                      |

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 (Vaya a la F)
  - Sí
  - No lo sé (Vaya a la F)
- 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.

No. Ident.	No. Visita	Fecha																																																																																			
<table border="1"> <tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td></tr> <tr><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td></tr> <tr><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td></tr> </table>	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	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>6</td></tr> <tr><td>7</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>8</td></tr> <tr><td>9</td><td>9</td></tr> </table>	0	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9	9	<input type="radio"/> Ene <input type="radio"/> Feb <input type="radio"/> Mar <input type="radio"/> Abr <input type="radio"/> May <input type="radio"/> Jun <input type="radio"/> Jul <input type="radio"/> Ago <input type="radio"/> Sep <input type="radio"/> Oct <input type="radio"/> Nov <input type="radio"/> Dic	<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Año</th> </tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>1</td><td>01</td></tr> <tr><td>2</td><td>02</td></tr> <tr><td>3</td><td>03</td></tr> <tr><td>4</td><td>04</td></tr> <tr><td>5</td><td>05</td></tr> <tr><td>6</td><td>06</td></tr> <tr><td>7</td><td>07</td></tr> <tr><td>8</td><td>08</td></tr> <tr><td>9</td><td>09</td></tr> </table>	Día	Año	0	00	1	01	2	02	3	03	4	04	5	05	6	06	7	07	8	08	9	09
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																																																																																		
0	0																																																																																				
1	1																																																																																				
2	2																																																																																				
3	3																																																																																				
4	4																																																																																				
5	5																																																																																				
6	6																																																																																				
7	7																																																																																				
8	8																																																																																				
9	9																																																																																				
Día	Año																																																																																				
0	00																																																																																				
1	01																																																																																				
2	02																																																																																				
3	03																																																																																				
4	04																																																																																				
5	05																																																																																				
6	06																																																																																				
7	07																																																																																				
8	08																																																																																				
9	09																																																																																				

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

## 2. ¿Con qué frecuencia tomó este medicamento?

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

Número de veces	<input type="radio"/> 0	por	<input type="radio"/> Día
	<input type="radio"/> 1		<input type="radio"/> ó
	<input type="radio"/> 2		<input type="radio"/> Semana
	<input type="radio"/> 3		<input type="radio"/> ó
	<input type="radio"/> 4		<input type="radio"/> Mes
	<input type="radio"/> 5		<input type="radio"/> ó
	<input type="radio"/> 6		<input type="radio"/> Año
	<input type="radio"/> 7		
	<input type="radio"/> 8		
	<input type="radio"/> 9		<input type="radio"/> No lo sé

## 3. ¿Durante cuántos días, semanas o meses usó el medicamento desde su última visita?

Número de días/semanas/meses	<input type="radio"/> 0		<input type="radio"/> Días
	<input type="radio"/> 1		<input type="radio"/> ó
	<input type="radio"/> 2		<input type="radio"/> Semanas
	<input type="radio"/> 3		<input type="radio"/> ó
	<input type="radio"/> 4		<input type="radio"/> Meses
	<input type="radio"/> 5		
	<input type="radio"/> 6		
	<input type="radio"/> 7		
	<input type="radio"/> 8		<input type="radio"/> No lo sé
	<input type="radio"/> 9		

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

- No
- Sí