

43 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).

- atovaquone (Mepron, BW566C80) (190)
- azitromicina (Zithromax) (152)
- Bactrim (Septra, TMP/SMX) (112)
- ciprofloxacín (Cipro) (153)
- clarithromicina (Biaxin) (184)
- co-enzima Q (196)
- medicamentos para aumentar el nivel de glóbulos blancos en la sangre (G-CSF, Neupogen) (157)
- Dapsone (113)
- DHEA (dihidroepiandrosteronediol) (161)
- eritropoietina (Epogen, Procrit) (117)
- etambutol (Myambutol) (137)
- fluconazole (Diflucan) (116)
- foscarnet (foscavir) (091)
- ganciclovir (Cytovene, DHPG, valcyte, valganciclovir) (125)
- interleukin 2 (IL-2) (096)
- Marinol (dronabinol) (547)
- Megace (acetato de megestrol) (123)
- NAC (N-acetyl cysteine) (188)
- Nandrolone (deca-durabolin) (232)
- Oxandrín (oxandrolone) (228)
- rifabutin (Micotubín, Ansamicín) (093)
- Serostim (hormona del crecimiento humano) (245)
- testosterona (AndroGel, Androderm, Delatestryl, Testoderm, Virilon) (236)

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
- Sí
- No lo sé

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>4</td><td>3</td><td>0</td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td>9</td><td></td></tr> </table>	4	3	0	0			1	1		2	2		3			4	4		5	5		6	6		7	7		8	8		9	9		<table border="1"> <tr> <th>Ene</th> <th>Día</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td>0</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td>10</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td>20</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td>30</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td>4</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td>5</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td>6</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td>7</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td>8</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td>9</td> <td>09</td> </tr> </table>	Ene	Día	Año	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	0	00	<input type="radio"/>	10	01	<input type="radio"/>	20	02	<input type="radio"/>	30	03	<input type="radio"/>	4	04	<input type="radio"/>	5	05	<input type="radio"/>	6	06	<input type="radio"/>	7	07	<input type="radio"/>	8	08	<input type="radio"/>	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																																																																																																												
4	3	0																																																																																																													
0																																																																																																															
1	1																																																																																																														
2	2																																																																																																														
3																																																																																																															
4	4																																																																																																														
5	5																																																																																																														
6	6																																																																																																														
7	7																																																																																																														
8	8																																																																																																														
9	9																																																																																																														
Ene	Día	Año																																																																																																													
<input type="radio"/>																																																																																																															
<input type="radio"/>	0	00																																																																																																													
<input type="radio"/>	10	01																																																																																																													
<input type="radio"/>	20	02																																																																																																													
<input type="radio"/>	30	03																																																																																																													
<input type="radio"/>	4	04																																																																																																													
<input type="radio"/>	5	05																																																																																																													
<input type="radio"/>	6	06																																																																																																													
<input type="radio"/>	7	07																																																																																																													
<input type="radio"/>	8	08																																																																																																													
<input type="radio"/>	9	09																																																																																																													

Otra →

↓

Código de la droga

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 más reciente al día, a la semana, al mes o al año.)

Número de veces por

- Día
- Semana
- Mes
- Año
- No lo sé

0	0
10	1
20	2
30	3
40	4
50	5
60	6
70	7
80	8
90	9

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

- Días
- Semanas
- Meses
- No lo sé

0	0	0
100	10	1
200	20	2
300	30	3
400	40	4
500	50	5
600	60	6
700	70	7
800	80	8
900	90	9

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

- No
- Sí