

# 47 Formulario 2 – Medicamentos No-Antiretrovirales

No. Ident.	No. Visita	Fecha		
<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 9	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 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	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Año	<input type="text"/> 00 <input type="text"/> 01 <input type="text"/> 02 <input type="text"/> 03 <input type="text"/> 04 <input type="text"/> 05 <input type="text"/> 06 <input type="text"/> 07 <input type="text"/> 08 <input type="text"/> 09

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

Otra →

**Nombre del medicamento:**

↓

**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"/>
<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"/>
<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"/>

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.

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

<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"/>
<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"/>
<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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Días

Semanas

Meses

No lo sé

<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"/>	<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"/>	<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"/>
<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"/>	<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"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

- No
- Sí