

# Visita Inicial

## FORMA 1—Medicamentos Anti-virales

Complete las siguientes preguntas para cada uno de los siguientes medicamentos en la pregunta 22.B(3).

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> 3-TC (Eпивir, lamivudina)                 | <input type="radio"/> Efavirenz (Sustiva)                                 |
| <input type="radio"/> Sulfato de abacavir (Ziagen)              | <input type="radio"/> Indinavir (Crixivan)                                |
| <input type="radio"/> Adefovir (Preveon)                        | <input type="radio"/> Lopinavirina (Kaletra, ritonavir, LPV, o ABT-378/r) |
| <input type="radio"/> Amprenavir (Agenerase)                    | <input type="radio"/> Mesilato de nelfinavir (Viracept)                   |
| <input type="radio"/> AZT (Retrovir, zidovudina)                | <input type="radio"/> Nevirapina (Viramune)                               |
| <input type="radio"/> Atazanavirina (BMS-232632, Zrivada)       | <input type="radio"/> Ritonavir (Norvir)                                  |
| <input type="radio"/> Combivir (AZT & 3-TC)                     | <input type="radio"/> Saquinavir (Invirase, Fortovase)                    |
| <input type="radio"/> d4T (Zerit, Stavudina)                    | <input type="radio"/> Tenofovirina  |
| <input type="radio"/> ddC (dideoxicitidina, HIVID, Zalcitabina) | <input type="radio"/> Trizivirina (abacavir + zidovudina + lamivudina)    |
| <input type="radio"/> ddI (dideoxinosina, Didanosina, Videx)    | <input type="radio"/> T-20  |
| <input type="radio"/> Mesilato de delavirdina (Rescriptor)      | <input type="radio"/> Otro medicamento antiretroviral:                    |

No. Ident.				
	0	0	0	0
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	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		
3	6	5
	0	0
	1	1
	2	2
	3	3
	4	4
	5	6
	7	7
	8	8
	9	9

Fecha		
	Día	Año
<input type="radio"/> Ene		
<input type="radio"/> Feb		
<input type="radio"/> Mar	0	01
<input type="radio"/> Abr	10	02
<input type="radio"/> May	20	
<input type="radio"/> Jun	30	
<input type="radio"/> Jul		4
<input type="radio"/> Ago		5
<input type="radio"/> Sep		6
<input type="radio"/> Oct		7
<input type="radio"/> Nov		8
<input type="radio"/> Dic		9

Usted dijo que estaba tomando [MEDICAMENTO] durante los últimos 6 meses:

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  Sí

Si la respuesta del participante fue que tomó el medicamento como parte de un estudio, pero no fue notificado que lo estaba tomando, termine la entrevista. En caso de que tomó el medicamento, y fue notificado, vaya a la pregunta 4.

E. [Durante los últimos 6 meses] ¿En qué mes y año fue cuando tomó por última vez este medicamento como parte del estudio clínico investigativo?

	Año
<input type="radio"/> Ene	
<input type="radio"/> Feb	
<input type="radio"/> Mar	93
<input type="radio"/> Abr	94
<input type="radio"/> May	95
<input type="radio"/> Jun	96
<input type="radio"/> Jul	97
<input type="radio"/> Ago	98
<input type="radio"/> Sep	99
<input type="radio"/> Oct	00
<input type="radio"/> Nov	01
<input type="radio"/> Dic	02

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

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

- No  Sí (Vaya a la pregunta 4)

Si la respuesta es 'Sí', pero el medicamento fue tomado previamente como parte de un estudio, recuerde que debe completar el segundo formulario de medicamentos.

3. [En los últimos 6 meses] ¿Puede decirme el mes y el año de la vez más reciente en que tomó este medicamento?

	Año
<input type="radio"/> Ene	
<input type="radio"/> Feb	
<input type="radio"/> Mar	93
<input type="radio"/> Abr	94
<input type="radio"/> May	95
<input type="radio"/> Jun	96
<input type="radio"/> Jul	97
<input type="radio"/> Ago	98
<input type="radio"/> Sep	99
<input type="radio"/> Oct	00
<input type="radio"/> Nov	01
<input type="radio"/> Dic	02

4. De acuerdo con las instrucciones de su médico, ¿cuántas veces al día debe usted tomar [MEDICAMENTO]? [Si no está tomando la medicina actualmente, use la fecha mas reciente]

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

5. 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
---	---	---	---	---	---	---

Termine aquí si el participante no fue notificado del tratamiento, y continúe con el próximo medicamento.

Por favor continúe del otro lado

6. ¿Comenzó a tomar el medicamento en los últimos 6 meses?

- No (Vaya a la pregunta 8)  Sí

7. Durante los últimos 6 meses, ¿en cuál mes comenzó a tomar el medicamento?

	Año
<input type="radio"/> Ene	
<input type="radio"/> Feb	
<input type="radio"/> Mar	93
<input type="radio"/> Abr	94
<input type="radio"/> May	95
<input type="radio"/> Jun	96
<input type="radio"/> Jul	97
<input type="radio"/> Ago	98
<input type="radio"/> Sep	99
<input type="radio"/> Oct	00
<input type="radio"/> Nov	01
<input type="radio"/> Dic	02

8. Durante los últimos 6 meses, ¿cuánto tiempo ha utilizado [MEDICAMENTO]?

- Una semana o menos  
 Más de una semana, pero menos de un mes  
 De 1 a 2 meses  
 De 3 a 4 meses  
 De 5 a 6 meses  
 Más de 6 meses

9. ¿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

10. ¿En algún momento dejó de tomar este medicamento durante los últimos 6 meses? [NO incluyendo sustituciones de medicamentos recetados]

- No (Vaya a la pregunta 12)  Sí

11. ¿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) _____

12. ¿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