

FORMULARIO 1—Medicamentos Antiretrovirales

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

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> sulfato de abacavir (Ziagen) (218) | <input type="radio"/> lamivudina (Epivir, 3TC) (204) |
| <input type="radio"/> atazanavirina (Reyataz) (243) | <input type="radio"/> lopinavir/ritonavir (Kaletra, LPV) (217) |
| <input type="radio"/> Atripla (efavirenza + emtricitabine + tenofovirina) (262) | <input type="radio"/> mesilato de nelfinavir (Viracept) (216) |
| <input type="radio"/> Combivir (zidovudina & lamivudina) (227) | <input type="radio"/> nevirapina (Viramune) (191) |
| <input type="radio"/> d4T (Zerit, stavudina) (159) | <input type="radio"/> Raltegravir (Isentress) (264) |
| <input type="radio"/> darunavir (Prezista) (256) | <input type="radio"/> ritonavir (Norvir) (211) |
| <input type="radio"/> didaoxinosina (Videx) (147) | <input type="radio"/> saquinavir (Invirase, Fortovase) (210) |
| <input type="radio"/> efavirenza (Sustiva) (220) | <input type="radio"/> tenofovirina (Viread) (234) |
| <input type="radio"/> emtricitabine (Emtriva, FTC) (239) | <input type="radio"/> Trizivirina (abacavir + lamivudina + zidovudina) (240) |
| <input type="radio"/> Epzicom (abacavir + lamivudina) (254) | <input type="radio"/> Truvada (emtricitabine + tenofovirina) (253) |
| <input type="radio"/> Etravirine (Intence, TMC-125) (255) | <input type="radio"/> zidovudina (Retrovir, AZT) (092) |
| <input type="radio"/> fosamprenavir (Lexiva) (249) | <input type="radio"/> Otro medicamento antiretroviral: _____ |
| <input type="radio"/> indinavir (Crixivan) (212) | |

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
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12

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

0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9

Fecha

<input type="radio"/> Ene	Día	Año
<input type="radio"/> Feb		
<input type="radio"/> Mar	0 0	09 0
<input type="radio"/> Abr	10 1	10 0
<input type="radio"/> May	20 2	11 0
<input type="radio"/> Jun	30 3	12 0
<input type="radio"/> Jul	4	13 0
<input type="radio"/> Ago	5	14 0
<input type="radio"/> Sep	6	15 0
<input type="radio"/> Oct	7	16 0
<input type="radio"/> Nov	8	17 0
<input type="radio"/> Dic	9	18 0

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
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12

4. ¿Toma este medicamento por vía oral o lo recibe con una inyección?

- Por vía oral (una píldora o en forma líquida)
 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

0	10	20	30						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Semana Mes

6. De acuerdo con las instrucciones de su médico, ¿cuántas pastillas o dosis 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

0	10	20	30						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Semana Mes

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
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12

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. ¿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 13)** Sí

12. ¿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) _____

13. ¿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