

36 Formulario de Adherencia a Medicamentos Antivirales






La mayoría de las personas con el VIH tienen que tomar muchas pastillas a diferentes horas del día.

Muchas personas encuentran que es difícil tomar sus pastillas de la manera recetada:

- Algunos están muy ocupados y se les olvida llevarlas adonde van.
- Otros encuentran difícil tomarse las pastillas de acuerdo con todas las instrucciones, como por ejemplo "tomar con comidas" o "tomar cada 8 horas".
- Aún otros reducen las cantidades, dejan de tomar una dosis o cesan de tomarlas completamente para evitar efectos secundarios.

Necesitamos saber la forma real en que las personas con VIH toman sus medicamentos.

No. Ident.				No. Visita			Fecha		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Ene	<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="radio"/> Feb	<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="radio"/> Mar	<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="radio"/> Abr	<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="radio"/> May	<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="radio"/> Jun	<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="radio"/> Jul	<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="radio"/> Ago	<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="radio"/> Sep	<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="radio"/> Oct	<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="radio"/> Nov	<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="radio"/> Dic	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Instrucciones para marcar • Use lapiz numero 2 solamente • No use lapiceros de tinta	• Haga marcas que llenen los circulos completamente • Borre bien si necesita hacer algun cambio • No marque nada fuera de los circulos	MARCA CORRECTA 	MARCAS INCORRECTAS    
---	--	--	--

1. Esta sección del cuestionario pregunta sobre los medicamentos anti-VIH que está tomando actualmente.

Por favor, escriba el nombre del medicamento en el espacio y llene debajo de éste el código correspondiente al medicamento.

Nombre del medicamento	Nombre del medicamento	Nombre del medicamento
1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>
↓	↓	↓
Código del medicamento	Código del medicamento	Código del medicamento
<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"/>

¿Cuántas veces realmente tomó su medicina:

	Ayer	Hace 2 días [DIA]	Hace 3 días [DIA]	Hace 4 días [DIA]
¿Es éste el uso regular que usted ha seguido recientemente?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
En los últimos cuatro días, ¿alguna vez ha tomado menos pastillas que la dosis que le fue recetada?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí

Por favor continúe en la próxima página si el participante está actualmente tomando más de tres medicinas. Si no, vaya a la pregunta 2.

Nombre del medicamento

4

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

Nombre del medicamento

5

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

Nombre del medicamento

6

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

¿Cuántas veces realmente tomó su medicina:

Ayer	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Hace 2 días [DIA]	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Hace 3 días [DIA]	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Hace 4 días [DIA]	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

¿Es éste el uso regular que usted ha seguido recientemente?

No Sí

No Sí

No Sí

En los últimos cuatro días, ¿alguna vez ha tomado menos pastillas que la dosis que le fue recetada?

No Sí

No Sí

No Sí

Por favor continúe en la próxima página si el participante está actualmente tomando más de seis medicamentos. Si no, vaya a la pregunta 2.

Nombre del medicamento

7

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

Nombre del medicamento

8

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

Nombre del medicamento

9

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

¿Cuántas veces realmente tomó su medicina:

Ayer	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Hace 2 días [DIA]	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Hace 3 días [DIA]	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Hace 4 días [DIA]	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

¿Es éste el uso regular que usted ha seguido recientemente?

No Sí

No Sí

No Sí

En los últimos cuatro días, ¿alguna vez ha tomado menos pastillas que la dosis que le fue recetada?

No Sí

No Sí

No Sí

2. ¿Cuándo fue la última vez que dejó de tomar una dosis de su medicamento?

- Nunca he dejado de tomar mis medicamentos → (Si esta es la respuesta, vaya a la pregunta 4)
- En la última semana
- Hace una a dos semanas
- Hace tres a cuatro semanas
- Hace uno a tres meses
- Hace más de tres meses

