

Visita Inicial

Forma 2 – Medicamentos No-Anti-Virales

Complete las siguientes preguntas para cada uno de los medicamentos que aparecen en la lista de la pregunta 22.C(2).

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Atovaquone (BW566C80, Mepron) | <input type="radio"/> Hidroxiurea (Hydrea) |
| <input type="radio"/> Azitromicina (Zithromax) | <input type="radio"/> Interleukin-2 (IL-2) |
| <input type="radio"/> Bactrim (Septra) | <input type="radio"/> Intraconazole |
| <input type="radio"/> Ciprofloxacina (CIPRO) | <input type="radio"/> Ketoconazole (Nizoral) |
| <input type="radio"/> Clarithromicina (Biaxin) | <input type="radio"/> Megace (acetato de megestrol) |
| <input type="radio"/> Co-enzima Q | <input type="radio"/> Mycelex (clotrimazole) |
| <input type="radio"/> Medicamentos para aumentar el nivel de glóbulos blancos en la sangre (G-CSF, Neupogen) | <input type="radio"/> NAC (N-acetyl-cysteine) |
| <input type="radio"/> Dapsone | <input type="radio"/> Nandralone (Deca-Durabolin) |
| <input type="radio"/> DHEA | <input type="radio"/> Nystatín (nistatina) |
| <input type="radio"/> Etambutol | <input type="radio"/> Oxandrin |
| <input type="radio"/> Eritropoietina (Epogen) | <input type="radio"/> Pentamidina en aerosol |
| <input type="radio"/> Flagyl (metronidazole) | <input type="radio"/> Rifabutin (Ansamicin, Micobuti) |
| <input type="radio"/> Fluconazole (Diflucan) | <input type="radio"/> Testosterona (Delatestryl, Virilon) |
| <input type="radio"/> Ganciclovir (DHPG) | <input type="radio"/> Vacuna experimental (genérica) |

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 puede 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 (Vaya a la F)
 Sí
 No lo sé (Vaya a la F)

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.

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

3	6	5
0	0	
1	1	
2	2	
3	3	
4	4	
5	6	
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	01
<input type="radio"/> Abr	10	1	02
<input type="radio"/> May	20	2	
<input type="radio"/> Jun	30	3	
<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	

Otra → Nombre

↓

Código de la droga

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 al día, a la semana, al mes o al año.)

Número de veces

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

por

Día
 Semana
 Mes
 Año

No lo sé

3. ¿Durante cuántos días, semanas o meses usó el medicamento durante los últimos 6 meses?

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

Días
 Semanas
 Meses

No lo sé

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

- No
 Sí