

Cuestionario sobre la medicación para el VIH: HIVMQ

En este cuestionario se le preguntará sobre su medicación para el VIH y la experiencia con esta medicación durante las últimas semanas.

El/La enfermero/a le escribirá los nombres de cada medicamento/dosis recetada por los médicos para el tratamiento del VIH.

Para cada medicamento diferente que se enumere a continuación, marque las casillas que se proporcionan:

- Parte a) Tanto si toma esta medicación como si no.
Si no toma esta medicación, omita las preguntas que van de la (b) a la (f) y vaya a la medicación que aparece en la casilla siguiente.
- Parte b) La frecuencia con la que se supone debe tomar esta medicación.
Si debe variar el número de veces que lo toma al día, indique el número de veces más habitual.
- Parte c) Cuándo se supone que debe tomar la medicación (por favor utilice LETRAS MAYÚSCULAS).
- Partes de la d) a la f): Marque con un círculo un número del 0 (nunca) al 6 (siempre).

Si está tomando cualquier medicación adicional para el VIH, escriba el nombre del medicamento en una de las casillas adicionales y rellene las partes de la a) a la f) como se indica anteriormente.

continúa en la página siguiente...

Nombre del medicamento n.º 1: enumerado por el/la enfermero/a <input type="checkbox"/> o el/la paciente <input type="checkbox"/>	Dosis recetada
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

- 1a) ¿Toma esta medicación en alguna presentación?
Sí No Si la respuesta es **no**, vaya a la casilla 2 que aparece a continuación.
- 1b) ¿Con qué frecuencia se supone que debe tomar esta dosis?
al día a la semana al mes otra no lo sé
- 1c) ¿Cuándo se supone que debe tomar esta medicación? (p. ej. por la mañana (“a.m.”), durante el desayuno, antes de comer algo, en cualquier momento)
- 1d) ¿Con qué frecuencia ha tomado esta medicación exactamente como se recomienda?
nunca 0 1 2 3 4 5 6 siempre
- 1e) ¿Con qué frecuencia le resulta nada práctico o difícil tomar esta medicación como se recomienda?
nunca 0 1 2 3 4 5 6 siempre
- 1f) ¿Cuánto dolor/malestar ha experimentado con esta medicación?
nada 0 1 2 3 4 5 6 muchísimo

For information only