

12 – Doença oportunista prévia exacerbada após o início do uso de DTG?

Sim

Não

Caso a resposta seja SIM, marcar e/ou descrever qual(is):

- Candidíase oral persistindo por mais de 2 meses;
- Infecção por Citomegalovírus (CMV);
- Herpes zoster, com 2 episódios ou mais de um dermatomo;
- Criptococose extra-pulmonar;
- Pneumonia
- Toxoplasmose cerebral
- Sarcoma de Kaposi
- Tuberculose
- Tuberculose atípica
- Outras: _____

13 - Doença oportunista em atividade?

Sim

Não

Caso a resposta seja SIM, marcar e/ou descrever qual(is):

- Candidíase oral persistindo por mais de 2 meses;
- Infecção por Citomegalovírus (CMV);
- Herpes zoster, com 2 episódios ou mais de um dermatomo;
- Criptococose extra-pulmonar;
- Pneumonia
- Toxoplasmose cerebral
- Sarcoma de Kaposi
- Tuberculose
- Tuberculose atípica
- Outras: _____

14 – Outros medicamentos utilizados durante o uso do esquema contendo Dolutegravir. Citar os outros medicamentos utilizados pelo paciente inclusive fitoterápicos, polivitamínicos (não citar ARV):

O questionário foi preenchido pelo (a):

- Farmacêutico ou outro profissional da UDM no momento da dispensação, após entrevista do paciente.
- Próprio paciente - no momento da retirada do medicamento o paciente trouxe o questionário preenchido por ele ou familiar.
- Médico durante a consulta do paciente.
- Enfermeira do serviço ao qual o paciente está vinculado.