

NARZĘDZIE DIAGNOSTYCZNE (ankieta)

UWAGA!

Ten lek MAXON FORTE, zawierający syldenafil, przeznaczony jest do leczenia zaburzeń wzrodu, czyli braku możliwości uzyskania lub utrzymania sztywności prącia wystarczającej do odbycia stosunku. Ten lek jest dla Ciebie, jeśli jesteś dorosłym (> 18 r.ż.) mężczyzną, a problemy ze wzrodem utrudniają Ci współżycie płciowe. Jeżeli nie spełniasz przynajmniej jednego z powyższych warunków, ten lek **NIE** jest dla Ciebie!

a) Czy stosujesz leki używane do łagodzenia objawów choroby wieńcowej (dławicy piersiowej, bólu w klatce piersiowej), których przyjmowanie wraz z lekiem MAXON FORTE może zagrażać Twojemu życiu?

1. **nitroglicerynę** (np. Nitrocard, Nitromint, Sustonit)
2. **izosorbid** (np. Effox, Isosorbide mononitrate Vitabalans, Mono Mack Depot, Mononit, Monosan, Olicard)
3. **pentaerytrytol** (np. Galpent, Pentaerythritol compositum)
4. **molsidominę** (np. Molsidomina WZF)
5. **sakubitryl z walsartanem** (np. Entresto)

TAK	NIE WIEM	NIE
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Czy występują u Ciebie następujące objawy?

1. w ciągu **ostatnich 2 miesięcy** pojawiał się ból za mostkiem w klatce piersiowej
2. w ciągu **ostatniego miesiąca** zauważyłeś **wyraźne** pogorszenie samopoczucia
3. **zwykle**, codzienna aktywność fizyczna (np. mycie się, ubieranie) powoduje duszność, kołatanie serca lub **wyraźne** zmęczenie
4. **często** odczuwasz przyspieszone lub nierówne bicie serca
5. **często** miewasz zawroty głowy, wrażenie omdlewania
6. masz **zwykle** niskie ciśnienie tętnicze krwi (poniżej 90/50 mmHg)
7. masz **zwykle** wysokie ciśnienie tętnicze krwi (powyżej 150/90 mmHg)

TAK	NIE WIEM	NIE
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Czy którakolwiek z poniższych sytuacji dotyczy Ciebie?

1. w ostatnich 6 miesiącach przebyłeś zawał serca lub udar mózgu
2. w przeszłości doszło u Ciebie do utraty przytomności przy gwałtownej zmianie pozycji ciała
3. masz skrzywienie prącia, które utrudnia penetrację lub rozpoznaną chorobę Peyroniego (stwardnienie plastyczne prącia)
4. stosujesz już inne metody leczenia zaburzeń erekcji niż leki zawierające syldenafil
5. leczysz się z powodu zakażenia wirusem HIV
6. stosujesz leki z powodu nadciśnienia płucnego (tj. wysokiego ciśnienia krwi w płucach), takie jak riociguat (np. Adempas)
7. utraciłeś wzrok w jednym oku w wyniku innej przyczyny niż uraz, zaćma lub jaskra
8. rozpoznano u Ciebie dziedziczne zaburzenia funkcji siatkówki oka (takie jak tzw. zwyrodnienie barwnikowe)
9. rozpoznano u Ciebie rzadko występujące, dziedziczne nieprawidłowości dotyczące kształtu czerwonych ciałek krwi (tzw. niedokrwistość sierpowatokrwinkową)
10. rozpoznano u Ciebie marskość wątroby

TAK	NIE WIEM	NIE
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Czy obecnie chorujesz na:

1. chorobę wrzodową, której dolegliwości nasiliły się w ostatnim tygodniu (ból brzucha, nudności, wymioty)
2. ciężkie zaburzenia krzepnięcia krwi (np. hemofilia)
3. białaczkę (choroba nowotworowa krwi)
4. szpiczaka mnogiego (choroba nowotworowa szpiku kostnego)

TAK	NIE WIEM	NIE
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

przynajmniej 1x TAK
lub 1x NIE WIEM

wszystkie NIE

NIE,
nie możesz stosować leku zawierającego sildenafil
bez konsultacji z lekarzem

Dokonaj teraz wyboru
bezpiecznej dawki leku
zawierającego sildenafil

e) Czy stosujesz leki alfa-adrenolityczne używane do łagodzenia objawów rozrostu gruczołu krokowego (prostaty, stercza) i/lub w nadciśnieniu tętniczym?

1. **doksazosynę** (np. Apo-Doxan, Cardura, Doxagen, Doxalong, Doxanorm, Doxar, Doxonex, Doxorion, Dozox, Kamiren, Zoxon)
2. **terazosynę** (np. Hytrin, Komam, Setegis)
3. **alfuzosynę** (np. Alfabax, AlfuLEK, Alfurion, Afluzostad, Dalfaz)
4. **silodosynę** (np. Silodyx, Urorec)
5. **tamsulosynę** (np. Adatam, Apo-Tamis, Bazetham Retard, Duodart, Fokusin, Miktosan, OMI-TAM, Omnic, Omsal, Prostammic, Ranlosin, Suprostitv, Symlosin SR, Tamiron, TamisPRAS, Tamsudil, Tamsugen, Tamsulosin, Tanyz, Uprox, Urostat, Vesomni)

TAK	NIE WIEM	NIE
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f) Czy jesteś obecnie w trakcie leczenia lekami przeciwbakteryjnymi (antybiotykami)?

1. **erytromycyną** (np. Davercin, Erythromycinum TZF)
2. **klarytromycyną** (np. Apiclar, Fromilid, Klabax, Klabion, Klabiotic, Klacid, Klarmin, Lekoklar, Taclar)
3. **cyprofloksacyną** (np. Ciphin, Ciprinol, Ciprofloxacin, Cipronex, Cipropol, Proxacin)

TAK	NIE WIEM	NIE
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

g) Czy stosujesz poniższe leki?

1. **itakonazol** (np. Ipozumax, ItraGen, Itrax, Itromyx, Orungal, Trioxal) - lek przeciwgrzybiczy
2. **ketokonazol** (np. Ketokonazol) - stosowany w leczeniu zespołu Cushinga (nadmiernego wytwarzania kortyzolu w organizmie)

TAK	NIE WIEM	NIE
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

h) Czy lekarz rozpoznał u Ciebie:

1. zaburzenia czynności nerek
2. zaburzenia czynności wątroby

TAK	NIE WIEM	NIE
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

przynajmniej 1x TAK
lub 1x NIE WIEM

wszystkie NIE

Czy stosowałeś już leki
zawierające sildenafil
w dawce 50 mg lub większej?

NIE/NIE WIEM

Czy stosowałeś już leki
zawierające sildenafil
w dawce 25 mg?

TAK

Czy odczułeś
pożądany efekt?

TAK,
możesz stosować lek
wyłącznie w dawce 25 mg - MAXON ACTIVE

TAK,
możesz stosować lek
w dawce 50 mg - MAXON FORTE

Przed zastosowaniem leku przeczytaj ulotkę dołączoną do opakowania

PAMIĘTAJ!
Jeśli nie jesteś pewien, czy możesz zastosować lek MAXON FORTE lub masz problem z wyborem dawki, przed użyciem leku skonsultuj się z farmaceutą. Problemy ze wzrodem mogą być wywołane innymi lekami, które przyjmujesz lub innymi chorobami, na które cierpisz. Właściwe leczenie niektórych schorzeń może spowodować ustąpienie zaburzeń wzrodu. Występowanie zaburzeń wzrodu jest również ważną wskazówką dla lekarza, która może pomóc mu w diagnostyce niektórych chorób, w tym serca. Dlatego też w trakcie okresowych wizyt, zawsze poinformuj swojego lekarza o problemach ze wzrodem i o tym, że przyjmujesz MAXON FORTE.