



Adamed Pharma S.A.

Ważna informacja o bezpieczeństwie leku zatwierdzona przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

# MAXON FORTE

50 mg, tabletki powlekane (syldenafil)

## Informacja dla farmaceutów

Do każdego opakowania leku **MAXON FORTE** dołączone jest narzędzie diagnostyczne (ankieta) dla pacjenta. **Pamiętaj, żeby zalecić pacjentowi wypełnienie ankiety** (narzędzia diagnostycznego) **przed przyjęciem leku** (ankieta różni się od tej dla leku **MAXON ACTIVE, 25 mg**).

Informacja dla farmaceutów oraz ankieta dla pacjenta umieszczone są również na stronie internetowej [www.farmaceuta.maxonforte.pl](http://www.farmaceuta.maxonforte.pl).

Szczegółowe informacje na temat leku **MAXON FORTE** możesz znaleźć w Charakterystyce produktu leczniczego umieszczonej na stronie internetowej [www.farmaceuta.maxonforte.pl](http://www.farmaceuta.maxonforte.pl).

Ankieta dla pacjenta jest umieszczona na stronie internetowej [www.maxonforte.pl/ankieta](http://www.maxonforte.pl/ankieta).

## Wybór odpowiedniej dawki

Jeżeli po wypełnieniu ankiety pacjent będzie mógł zastosować sildenafil, pomóż mu dobrać odpowiednią dawkę leku:

- zaproponuj pacjentowi produkt w dawce **25 mg (MAXON ACTIVE, 25 mg)**, jeśli pacjent nie stosował do tej pory w ogóle leku z sildenafilem lub lek w dawce 25 mg okazał się wystarczająco skuteczny;
- produkt w dawce **50 mg (MAXON FORTE, 50 mg)** będzie odpowiedni, jeśli stosowane dotychczas przez pacjenta leki z sildenafilem w dawce 25 mg były nieskuteczne lub pacjent stosował już sildenafil w dawce 50 mg (lub większej).

## Inne ważne informacje

Jeżeli pacjent zapyta o stosowany przez siebie lek (lub leki), którego nazwa nie jest wymieniona w ankiecie, zweryfikuj i poinformuj pacjenta czy dany lek zawiera substancję czynną wymienioną w ankiecie i czy występuje ryzyko potencjalnie niebezpiecznych interakcji z sildenafilem.

Zwróć szczególną uwagę pacjenta na kwestie chorób sercowo-naczyniowych oraz możliwych interakcji z lekami wymienionymi w ankiecie.

Warto również poinformować pacjenta, że zaburzenia wzrodu mogą mieć związek z innymi schorzeniami (np. nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia).

Zaleć pacjentowi, żeby w ciągu 6 miesięcy od rozpoczęcia stosowania leku **MAXON FORTE** udał się do lekarza w celu zdiagnozowania potencjalnych schorzeń i czynników ryzyka związanych z zaburzeniami erekcji.

Szczegółowe informacje na temat leku **MAXON FORTE** możesz znaleźć w Charakterystyce produktu leczniczego.

## Zgłaszanie działań niepożądanych

Wszelkie podejrzane działania niepożądane proszę zgłaszać do:

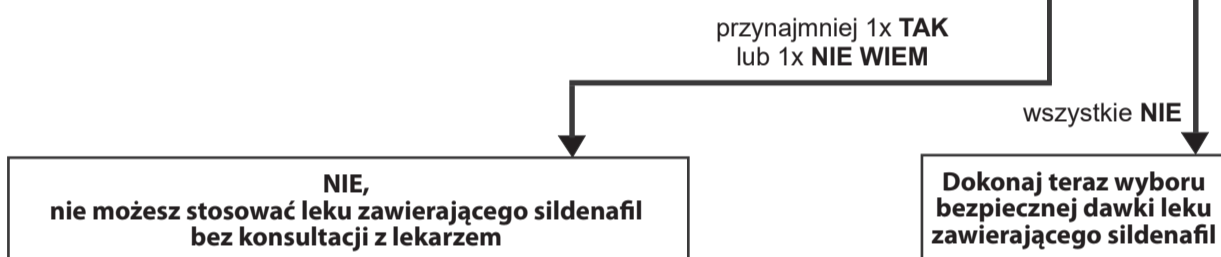
- Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel.: + 48 22 49 21 301, faks: + 48 22 49 21 309, Strona internetowa: <https://smz.ezdrowie.gov.pl>
- Podmiotu Odpowiedzialnego: Adamed Pharma S.A., Pieńków, ul. M. Adamkiewicza 6A, 05-152 Czosnów, e-mail: [pv@adamed.com](mailto:pv@adamed.com), tel. (24h): +48 22 732 7707.

# NARZĘDZIE DIAGNOSTYCZNE (ankieta)

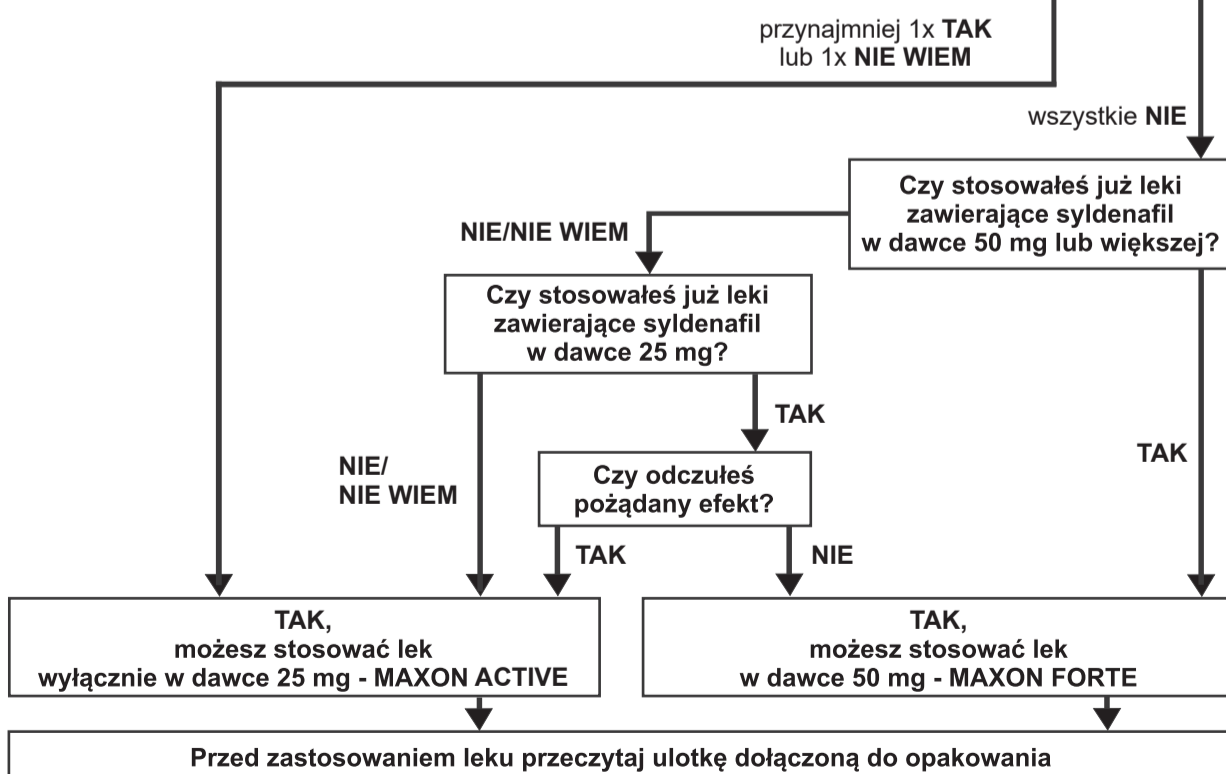
## UWAGA!

Ten lek MAXON FORTE, zawierający sildenafil, 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!

<p><b>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?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>nitroglicerynę (np. Nitrocard, Nitromint, Sustonit)</li> <li>izosorbid (np. Effox, Isosorbide mononitrate Vitabalans, Mono Mack Depot, Mononit, Monosan, Olicard)</li> <li>pentaerytrytol (np. Galpent, Pentaerythritol compositum)</li> <li>molsidominę (np. Molsidomina WZF)</li> <li>sakubitryl z walsartanem (np. Entresto)</li> </ol>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	TAK	NIE WIEM	NIE	<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"/>															
TAK	NIE WIEM	NIE																																
<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"/>																																
<p><b>b) Czy występują u Ciebie następujące objawy?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>w ciągu <b>ostatnich 2 miesięcy</b> pojawiał się ból za mostkiem w klatce piersiowej</li> <li>w ciągu <b>ostatniego miesiąca</b> zauważyłeś <b>wyraźne</b> pogorszenie samopoczucia</li> <li><b>zwykle</b>, codzienna aktywność fizyczna (np. mycie się, ubieranie) powoduje duszność, kołatanie serca lub <b>wyraźne</b> zmęczenie</li> <li><b>często</b> odczuwasz przyspieszone lub nierówne bicie serca</li> <li><b>często</b> miewasz zawroty głowy, wrażenie omdlewania</li> <li>masz <b>zwykle</b> niskie ciśnienie tętnicze krwi (poniżej 90/50 mmHg)</li> <li>masz <b>zwykle</b> wysokie ciśnienie tętnicze krwi (powyżej 150/90 mmHg)</li> </ol>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	TAK	NIE WIEM	NIE	<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"/>									
TAK	NIE WIEM	NIE																																
<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"/>																																
<p><b>c) Czy którakolwiek z poniższych sytuacji dotyczy Ciebie?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>w ostatnich 6 miesiącach przebyłeś zawał serca lub udar mózgu</li> <li>w przeszłości doszło u Ciebie do utraty przytomności przy gwałtownej zmianie pozycji ciała</li> <li>masz skrzywienie prącia, które utrudnia penetrację lub rozpoznaną chorobę Peyroniego (stwardnienie plastyczne prącia)</li> <li>stosujesz już inne metody leczenia zaburzeń erekcji niż leki zawierające sildenafil</li> <li>leczysz się z powodu zakażenia wirusem HIV</li> <li>stosujesz leki z powodu nadciśnienia płucnego (tj. wysokiego ciśnienia krwi w płucach), takie jak riociguat (np. Adempas)</li> <li>utraciłeś wzrok w jednym oku w wyniku innej przyczyny niż uraz, zaćma lub jaskra</li> <li>rozpoznano u Ciebie dziedziczne zaburzenia funkcji siatkówki oka (takie jak tzw. zwyrodnienie barwnikowe)</li> <li>rozpoznano u Ciebie rzadko występujące, dziedziczne nieprawidłowości dotyczące kształtu czerwonych ciałek krwi (tzw. niedokrwistość sierpowatokrwinkową)</li> <li>rozpoznano u Ciebie marskość wątroby</li> </ol>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	TAK	NIE WIEM	NIE	<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"/>
TAK	NIE WIEM	NIE																																
<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"/>																																
<p><b>d) Czy obecnie chorujesz na:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>chorobę wrzodową, której dolegliwości nasiliły się w ostatnim tygodniu (ból brzucha, nudności, wymioty)</li> <li>ciężkie zaburzenia krzepnięcia krwi (np. hemofilia)</li> <li>białaczkę (choroba nowotworowa krwi)</li> <li>szpiczaka mnogiego (choroba nowotworowa szpiku kostnego)</li> </ol>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	TAK	NIE WIEM	NIE	<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"/>																		
TAK	NIE WIEM	NIE																																
<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"/>																																



<p><b>e) Czy stosujesz leki alfa-adrenolityczne używane do łagodzenia objawów rozrostu gruczołu krokowego (prostaty, stercza) i/lub w nadciśnieniu tętniczym?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>doksazosynę (np. Apo-Doxan, Cardura, Doxagen, Doxalong, Doxanorm, Doxar, Doxonex, Doxorion, Dozox, Kamiren, Zoxon)</li> <li>terazosynę (np. Hytrin, Kornam, Setegis)</li> <li>alfuzosynę (np. Alfabax, AlfuLEK, Alfurion, Afluzostad, Dalfaz)</li> <li>silodosynę (np. Silodyx, Urorec)</li> <li>tamsulosynę (np. Adatam, Apo-Tamis, Bazetham Retard, Duodart, Fokusin, Miktosan, OMI-TAM, Omnic, Omsal, Prostamnic, Ranlosin, Suprostitv, Symlosin SR, Tamiron, TamisPRAS, Tamsudil, Tamsugen, Tamsulosin, Tanyz, Uprox, Urostad, Vesomni)</li> </ol>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	TAK	NIE WIEM	NIE	<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"/>
TAK	NIE WIEM	NIE																	
<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"/>																	
<p><b>f) Czy jesteś obecnie w trakcie leczenia lekami przeciwbakteryjnymi (antybiotykami)?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>erytromycyną (np. Davercin, Erythromycinum TZF)</li> <li>klarytromycyną (np. Apiclar, Fromilid, Klabax, Klabion, Klabiotic, Klacid, Klarmin, Lekoklar, Taclar)</li> <li>cyprofloksacyną (np. Ciphin, Ciprinol, Ciprofloxacyn, Cipronex, Cipropol, Proxacin)</li> </ol>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	TAK	NIE WIEM	NIE	<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"/>						
TAK	NIE WIEM	NIE																	
<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"/>																	
<p><b>g) Czy stosujesz poniższe leki?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>itraconazol (np. Ipozumax, ItraGen, Itrax, Itromyx, Orungal, Trioxal) - lek przeciwgrzybiczy</li> <li>ketokonazol (np. Ketokonazol) - stosowany w leczeniu zespołu Cushinga (nadmiernego wytwarzania kortyzolu w organizmie)</li> </ol>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	TAK	NIE WIEM	NIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
TAK	NIE WIEM	NIE																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<p><b>h) Czy lekarz rozpoznał u Ciebie:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>zaburzenia czynności nerek</li> <li>zaburzenia czynności wątroby</li> </ol>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	TAK	NIE WIEM	NIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
TAK	NIE WIEM	NIE																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	



## 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.