



## KWESTIONARIUSZ 2

Jeśli na podstawie poprzedniego kwestionariusza (KWESTIONARIUSZ 1) okazało się, że występują u Pana zaburzenia erekcji i chciałby Pan zastosować lek Maxigra Go konieczne jest udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania dotyczące Pańskiego stanu zdrowia i stosowanych leków:

**Kwestionariusz ten ma na celu ustalić czy może Pan stosować lek Maxigra Go. Aby prawidłowo wypełnić kwestionariusz, po przeczytaniu każdego pytania należy zaznaczyć odpowiednią odpowiedź.**

WIEK	TAK		NIE
Czy ma Pan mniej niż 18 lat	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
DOLEGLIWOŚCI ZE STRONY UKŁADU KRĄŻENIA	TAK	NIE WIEM	NIE
1. Czy ma Pan rozpoznaną <b>przez lekarza</b> jakąkolwiek chorobę serca (np. chorobę wieńcową, wady zastawkowe, zaburzenia rytmu, niewydolność serca)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Czy kiedykolwiek miał Pan stwierdzone nadciśnienie tętnicze (ciśnienie skurczowe $\geq$ 140 mmHg i lub rozkurczowe $\geq$ 90 mmHg)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Czy <b>w ciągu ostatniego roku</b> wystąpił u Pana zawał serca lub udar mózgu lub jakiegokolwiek inne zdarzenie sercowo-naczyniowe zagrażające życiu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Czy odczuwa lub odczuwał Pan w przeszłości duszność, lub bóle zamostkowe podczas codziennych aktywności, takich jak wchodzenie po schodach, lub po wysiłku fizycznym?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Czy występują u Pana zaburzenia rytmu serca (przyspieszona akcja serca, nierówna akcja serca)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Czy w występują u Pana zawroty głowy, spadki ciśnienia krwi (poniżej 90/50 mmHg)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Czy <b>w ciągu ostatnich miesięcy</b> wystąpiła u Pana utrata przytomności lub omdlenia zwłaszcza po nagłej zmianie pozycji ciała?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOLEGLIWOŚCI ZE STRONY UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO	TAK	NIE WIEM	NIE
1. Czy ma Pan <b>rozpoznaną przez lekarza</b> wadę anatomiczną prącia (skrzywienie utrudniające współżycie) lub leczy się Pan z powodu choroby Peyroniego?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Czy <b>w ostatnim czasie</b> doszło u Pana do zatrzymania moczu lub zaobserwował Pan skrzepy krwi w moczu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Czy <b>kiedykolwiek</b> wystąpił u Pana przedłużający się wzwód, trwający dłużej niż 6 godzin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOLEGLIWOŚCI ZE STRONY NARZĄDU WZROKU	TAK	NIE WIEM	NIE
1. Czy ma Pan <b>rozpoznane przez lekarza</b> zmiany degeneracyjne siatkówki, takie jak zwyrodnienie barwnikowe siatkówki ( <i>Retinitis pigmentosa</i> )?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Czy występuje u Pana pogorszenie widzenia lub utrata wzroku w wyniku zaburzeń funkcji nerwu wzrokowego?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Czy ma Pan <b>rozpoznaną przez lekarza</b> jaskrę niskiego ciśnienia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOLEGLIWOŚCI ZE STRONY POZOSTAŁYCH UKŁADÓW	TAK	NIE WIEM	NIE
1. Czy <b>w ostatnim tygodniu</b> nasiliły się dolegliwości takie jak: ból brzucha, nudności, wymioty z powodu wcześniej rozpoznanej choroby wrzodowej?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Czy ma Pan <b>rozpoznane przez lekarza</b> ciężkie zaburzenia czynności wątroby i/lub nerek?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Czy ma Pan rozpoznane <b>przez lekarza</b> ciężkie zaburzenia krzepnięcia krwi (np. hemofilie), białaczkę (chorobę nowotworową krwi) lub szpiczaka mnogiego (chorobę nowotworową szpiku kostnego)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	TAK	NIE WIEM	NIE
4. Czy ma Pan rozpoznaną przez lekarza niedokrwistość sierpowatokrwinkową (dziedziczne zaburzenie kształtu czerwonych krwinek)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>STOSOWANE LEKI I ŚRODKI</b>			
<b>1. Czy stosuje Pan leki z powodu chorób serca i naczyń takie jak:</b>			
<b>nitroglicerynę</b> ( <i>Glyceroli trinitras</i> ), np. Nitrocard, Nitromint, Sustonit, Nitroderm, Minitran	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>izosobrid</b> ( <i>Isosorbidi mononitras, Isosorbidi dinitras</i> ) np. Efferox, Isosorbide mononitrate Vitabalans, Isosorbidi mononitras Accord, Mono Mack, Mononit, Monosan, Olicard, Sorbonit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>pentaerytrol</b> ( <i>Pentaerythryli tetranitras</i> ), np. Galpent, Pentaerythritol compositum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>molsidominę</b> np. Molsidomina WZF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>nikorandyl</b> np. Angedil, Nicorandil Dexcel Pharma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>sakubitryl + walsartan</b> np. Entresto, Neparvis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2. Czy z powodu rozrostu gruczołu krokowego stosuje Pan leki alfa-adrenolityczne zawierające:</b> <b>doksazosynę, m.in.</b> Cardura, Apo-Doxan, Doxar, Zoxon); <b>tamsulozynę, m.in.</b> Omnic Ocas, Prostanic, Ranlosin, Omsal, Apo-Tamis, Uprox, Tamispras, Fokusin, Bazetham); <b>alfuzosynę, m. in.</b> Dalfaz, Alfuzostad, Alfabax, Alugen); <b>terazosynę</b> (Kornam, Hytrin) <b>lub solodosynę</b> (Urorec)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>3. Czy stosuje Pan leki w leczeniu nadciśnienia płucnego takie jak:</b> riocyguat np. Adempas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4. Czy stosuje Pan środki uwalniające tlenek azotu tzw. poppers?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>5. Czy leczy się Pan z powodu zakażenia wirusem HIV?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>6. Czy w przeszłości stosował Pan leki wydawane na receptę w leczeniu zaburzeń erekcji i wystąpiły po nich u Pana działania niepożądane?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## UWAGA!

### Lek Maxigra Go może być zastosowany:

- jeśli na **KAŻDE** z pytań odpowiedział Pan **NIE**.

Przed zastosowaniem leku należy przeczytać uważnie ulotkę dołączoną do opakowania.

### Lek Maxigra Go nie powinien być stosowany bez wcześniejszej konsultacji lekarskiej:

- jeżeli **PRZYNAJMNIEJ RAZ** odpowiedział Pan **TAK**,
- jeżeli **PRZYNAJMNIEJ RAZ** odpowiedział Pan **NIE WIEM**