

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 przez lekarza 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 w ciągu ostatniego roku 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 w ciągu ostatnich miesięcy 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 rozpoznaną przez lekarza 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 w ostatnim czasie doszło u Pana do zatrzymania moczu lub zaobserwował Pan skrzepy krwi w moczu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Czy kiedykolwiek 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 rozpoznane przez lekarza 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 rozpoznaną przez lekarza jaskrę niskiego ciśnienia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOLEGLIWOŚCI ZE STRONY POZOSTAŁYCH UKŁADÓW	TAK	NIE WIEM	NIE
1. Czy w ostatnim tygodniu 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 rozpoznane przez lekarza ciężkie zaburzenia czynności wątroby i/lub nerek?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Czy ma Pan rozpoznane przez lekarza 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"/>
STOSOWANE LEKI I ŚRODKI			
1. Czy stosuje Pan leki z powodu chorób serca i naczyń takie jak:			
nitroglicerynę (Glyceroli trinitras), np. Nitrocard, Nitromint, Sustonit, Nitroderm, Minitran	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
izosobrid (Isosorbidi mononitras, Isosorbidi dinitras) np. Effox, Isosorbide mononitrate Vitabalans, Isosorbidi mononitras Accord, Mono Mack, Mononit, Monosan, Olicard, Sorbonit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pentaerytrol (Pentaerythryli tetranitras), np. Galpent, Pentaerythritol compositum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
molsidominę np. Molsidomina WZF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nikorandyl np. Angedil, Nicorandil Dexcel Pharma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Czy z powodu rozrostu gruczołu krokowego stosuje Pan leki alfa-adrenolityczne zawierające: doksazosynę, m.in. Cardura, Apo-Doxan, Doxar, Zoxon); tamsulozynę, m.in. Omnic Ocas, Prostamnic, Ranlosin, Omsal, Apo-Tamis, Uprox, Tamispras, Fokusin, Bazetham); alfuzosynę, m. in. Dalfaz, Alfuzostad, Alfabax, Alugen); terazosynę (Kornam, Hytrin) lub solodosynę (Urorec)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Czy stosuje Pan leki w leczeniu nadciśnienia płucnego takie jak: riociguat np. Adempas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Czy stosuje Pan środki uwalniające tlenek azotu tzw. poppers?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Czy leczy się Pan z powodu zakażenia wirusem HIV?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Czy w przeszłości stosował Pan leki wydawane na receptę w leczeniu zaburzeń erekcji i wystąpiły po nich u Pana działania niepożądane?	<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**