

ANKIETA (narzędzie diagnostyczne)

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!

<p>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?</p> <ol style="list-style-type: none"> nitroglicerynę (np. Nitrocard, Nitromint, Sustonit) izosorbid (np. Effox, Isosorbide mononitrate Vitabalans, Isosorbidi mononitras Accord, Mono Mack, Mononit, Monosan, Olicard, Sorbonit) pentaerytrytol (np. Galpent, Pentaerythritol compositum) molsidominę (np. Molsidomina WZF) nikorandyl (np. Angedil) 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	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"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	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"/>																																				
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"/>																																																																		
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"/>																																																																		
<p>b) Czy występują u Ciebie następujące objawy?</p> <ol style="list-style-type: none"> w ciągu ostatnich 2 miesięcy pojawiał się ból za mostkiem w klatce piersiowej w ciągu ostatniego miesiąca zauważyłeś wyraźne pogorszenie samopoczucia zwykle, codzienna aktywność fizyczna (np. mycie się, ubieranie) powoduje duszność, kołatanie serca lub wyraźne zmęczenie często odczuwasz przyspieszone lub nierówne bicie serca często miewasz zawroty głowy, wrażenie omdlewania masz zwykle niskie ciśnienie tętnicze krwi (poniżej 90/50 mmHg) masz zwykle wysokie ciśnienie tętnicze krwi (powyżej 150/90 mmHg) 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	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"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	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"/>																		
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"/>																																																																		
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"/>																																																																		
<p>c) Czy którakolwiek z poniższych sytuacji dotyczy Ciebie?</p> <ol style="list-style-type: none"> w ostatnich 6 miesiącach przebyłeś zawał serca lub udar mózgu w przeszłości doszło u Ciebie do utraty przytomności przy gwałtownej zmianie pozycji ciała masz skrzywienie prącia, które utrudnia penetrację lub rozpoznaną chorobę Peyroniego (stwardnienie plastyczne prącia) stosujesz już inne metody leczenia zaburzeń erekcji niż leki zawierające syldenafil leczysz się z powodu zakażenia wirusem HIV stosujesz leki z powodu nadciśnienia płucnego (tj. wysokiego ciśnienia krwi w płucach), takie jak riociguat (np. Adempas) utraciłeś wzrok w jednym oku w wyniku innej przyczyny niż uraz, zaćma lub jaskra rozpoznano u Ciebie dziedziczne zaburzenia funkcji siatkówki oka (takie jak tzw. zwyrodnienie barwnikowe) rozpoznano u Ciebie rzadko występujące, dziedziczne nieprawidłowości dotyczące kształtu czerwonych ciałek krwi (tzw. niedokrwistość sierpowatokrwinkową) rozpoznano u Ciebie marskość wątroby 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>10. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	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"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>10. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	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"/>
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"/>																																																																		
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"/>																																																																		
<p>d) Czy obecnie chorujesz na:</p> <ol style="list-style-type: none"> chorobę wrzodową, której dolegliwości nasiliły się w ostatnim tygodniu (ból brzucha, nudności, wymioty) ciężkie zaburzenia krzepnięcia krwi (np. hemofilia) białaczkę (choroba nowotworowa krwi) szpiczaka mnogiego (choroba nowotworowa szpiku kostnego) 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	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"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	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"/>																																				
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"/>																																																																		
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 MAXON
bez konsultacji z lekarzem

**Dokonaj teraz wyboru
bezpiecznej dawki leku
MAXON**

<p>e) Czy stosujesz leki alfa-adrenolityczne używane do łagodzenia objawów rozrostu gruczołu krokowego (prostaty, stercza) i/lub w nadciśnieniu tętniczym?</p> <ol style="list-style-type: none"> doksazosynę (np. Apo-Doxan, Cardura, Doxagen, DoxaLEK, Doxalong, Doxanorm, Doxar, Doxazosin, Doxonex, Doxorion, Dozox, Kamiren, Zoxon) terazosynę (np. Hytrin, Kornam, Setegis) alfuzosynę (np. Alfabax, AlfuLEK, Alfurion, Afluzostad, Alugen, Dalfaz) silodosynę (np. Silodyx, Urorec) tamsulosynę (np. Adatam, Apo-Tamis, Bazetham, Duodart, Fokusin, Miktosan, OMI-TAM, Omnic, Omsal, Prostamnic, Ranlosin, Solesmin, Suprostitv, Symlosin, Tamiron, TamisPRAS, Tamsudil, Tamsugen, TamsuLEK, Tamsulosin, Tamsunorm, Tanyz, Uprox, Urostat, Vesomni) 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	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"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	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"/>
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"/>																																				
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"/>																																				
<p>f) Czy jesteś obecnie w trakcie leczenia lekami przeciwbakteryjnymi (antybiotykami)?</p> <ol style="list-style-type: none"> erytromycyną (np. Davercin, Erythromycinum TZF) klarytromycyną (np. Apiclar, Fromilid, Klabax, Klacion, Klabiotic, Klacid, Klarmin, Lekoklar, Taclar) telitromycyną (np. Ketek) cyprofloksacyną (np. Ciphin, Ciprinol, Ciprobay, Ciprofloxacyn, Ciprolon, Cipronex, Cipropol, Proxacin) 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	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"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	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"/>						
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"/>																																				
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"/>																																				
<p>g) Czy stosujesz poniższe leki?</p> <ol style="list-style-type: none"> itakonazol (np. Ipozumax, Itraconazole, ItraGen, Itrax, Itrokast, Itromyx, Orungal, Trioxal) - lek przeciwgrzybiczy ketokonazol (np. Ketokonazol, Ketoconazole Hasco, Ketoconazole HRA) - stosowany w leczeniu zespołu Cushinga (nadmiernego wytwarzania kortyzolu w organizmie) 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	TAK	NIE WIEM	NIE	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	TAK	NIE WIEM	NIE	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
TAK	NIE WIEM	NIE																																				
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
TAK	NIE WIEM	NIE																																				
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
<p>h) Czy lekarz rozpoznał u Ciebie:</p> <ol style="list-style-type: none"> zaburzenia czynności nerek zaburzenia czynności wątroby 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	TAK	NIE WIEM	NIE	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAK</th> <th>NIE WIEM</th> <th>NIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	TAK	NIE WIEM	NIE	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
TAK	NIE WIEM	NIE																																				
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
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 syldenafil
w dawce 50 mg lub większej?**

NIE/NIE WIEM

**Czy stosowałeś już leki
zawierające syldenafil
w dawce 25 mg?**

**NIE/
NIE WIEM**

**Czy odczułeś
pożądany efekt?**

TAK

NIE

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 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.