

# NARZĘDZIE DIAGNOSTYCZNE

## UWAGA!

Ten lek MAXON ACTIVE, 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 ACTIVE może zagrażać Twojemu życiu?

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

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"/>

### 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
<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"/>

### 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 riocyguat (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
<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"/>

### 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
<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"/>

przynajmniej 1x **TAK**  
lub 1x **NIE WIEM**

wszystkie **NIE**

**NIE,**  
nie możesz  
stosować leku  
**MAXON ACTIVE**  
bez konsultacji  
z lekarzem

**TAK,**  
możesz stosować  
lek **MAXON ACTIVE**

Przed zastosowaniem  
leku przeczytaj ulotkę  
dołączoną  
do opakowania

## PAMIĘTAJ!

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 chorób serca. Dlatego też w trakcie okresowych wizyt zawsze poinformuj swojego lekarza o problemach ze wzrodem i o tym, że przyjmujesz MAXON ACTIVE.