**INFORMATOR DLA PACJENTA**

**W jaki sposób dochodzi do wzwodu**

Erekcja (wzwód członka) jest złożonym zjawiskiem nerwowo-naczyniowym podlegającym kontroli układu hormonalnego oraz centralnego układu nerwowego.

Członek zbudowany jest z ciał jamistych i ciała gąbczastego, które w trakcie podniecenia wypełniają się krwią. W ten sposób dochodzi do erekcji (wzwodu) – usztywnienia umożliwiającego odbycie stosunku seksualnego. Żeby mogło dojść do erekcji, konieczne jest prawidłowe funkcjonowanie naczyń krwionośnych, które doprowadzają krew do członka, a także struktur, które się tą krwią wypełniają. Ważne jest także działanie układu nerwowego zapewniającego właściwe reagowanie na stymulację seksualną.

**Zaburzenia erekcji**

Zaburzenia erekcji (dawniej określane jako impotencja) wynikają z tego, że członek nie wypełnia się krwią w stopniu umożliwiającym powstanie erekcji (wzwodu) umożliwiającej odbycie satysfakcjonującego stosunku seksualnego.

Bardzo często zaburzenia erekcji wynikają z uszkodzenia naczyń doprowadzających krew do członka. Jednocześnie może to świadczyć o uogólnionej chorobie naczyniowej – zaburzenia erekcji uważa się za jeden z najistotniejszych czynników ryzyka i sygnał ostrzegawczy występowania choroby niedokrwiennej serca, która może prowadzić do zawału. Otyłość, niewłaściwe nawyki żywieniowe oraz związana z nimi cukrzyca należą natomiast do najczęstszych przyczyn uszkodzenia naczyń krwionośnych.

Do pozostałych czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń erekcji zalicza się: zaawansowany wiek, siedzący tryb życia, zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze, stosowanie określonych grup leków, palenie tytoniu, nadmierne spożywanie alkoholu, zaburzenia depresyjne.

**Leczenie zaburzeń erekcji**

Leczenie zaburzeń erekcji obejmuje następujące elementy:

* próbę eliminacji czynników ryzyka, np. zaprzestanie palenia papierosów, redukcja masy ciała, zmiana diety, zwiększenie aktywności fizycznej,
* diagnoza i leczenie chorób mogących leżeć u podłoża problemów z erekcją,
* takie modyfikacje w leczeniu innych chorób, żeby nie przyczyniało się do występowania problemów seksualnych (np. w wyniku działań niepożądanych niektórych leków),
* stosowanie leków wpływających na poprawę erekcji.

**Międzynarodowa Skala Oceny Funkcji Płciowych** (IIEF-5, ang. *International Index of Erectile Function*) jest to kwestionariusz służący do identyfikowania zaburzeń erekcji. Kwestionariusz został zaprojektowany tak, aby był pomocny do określenia funkcji erekcyjnej, rozpoznania ewentualnych zaburzeń wzwodu prącia i wskazania potrzeby ich leczenia. Każde pytanie kwestionariusza jest opatrzone kilkoma odpowiedziami.

**Przed zastosowaniem leku Maxigra Go proszę sprawdzić czy występują u Pana zaburzenia erekcji. W tym celu proszę wypełnić poniższy kwestionariusz.**

Spośród odpowiedzi na każde pytanie proszę wybrać tylko jedną – tę, która najlepiej określa Pańskie odczucie.

**W ciągu ostatnich 4 tygodni:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak ocenia Pan swoją pewność, że mógłby Pan mieć i utrzymać wzwód prącia? | 0 | Bardzo nisko1 | Nisko2 | Umiarkowanie3 | Wysoko4 | Bardzo wysoko5 |
| Jeśli wzwód prącia wystąpił w wyniku stymulacji seksualnej, jak często był nasilony na tyle że umożliwiał wprowadzenie prącia do pochwy partnerki? | Nie było aktywności seksualnej0 | Prawie nigdy lub nigdy1 | Kilkakrotnie (znacznie rzadziej niż co drugi raz)2 | Czasami (mniej więcej co drugi raz)3 | Wielokrotnie (znacznie częściej niż co drugi raz)4 | Prawie zawsze lub zawsze5 |
| Jak często w czasie stosunku seksualnego był Pan w stanie utrzymać wzwód po wprowadzeniu prącia do pochwy partnerki? | Nie podejmowałem stosunków płciowych0 | Prawie nigdy lub nigdy1 | Kilkakrotnie (znacznie rzadziej niż co drugi raz)2 | Czasami (mniej więcej co drugi raz)3 | Wielokrotnie (znacznie częściej niż co drugi raz)4 | Prawie zawsze lub zawsze5 |
| Jak trudno było Panu utrzymać wzwód prącia do zakończenia stosunku płciowego? | Nie podejmowałem stosunków płciowych0 | Niezwykle trudno1 | Bardzo trudno2 | Trudno3 | Nieznacznie trudno4 | Nie miałem trudności5 |
| Jeśli podejmował Pan stosunek seksualny, jak często dostarczył on Panu zadowolenia? | Nie podejmowałem stosunków płciowych0 | Prawie nigdy lub nigdy1 | Kilkakrotnie (znacznie rzadziej niż co drugi raz)2 | Czasami (mniej więcej co drugi raz)3 | Wielokrotnie (znacznie częściej niż co drugi raz)4 | Prawie zawsze lub zawsze5 |

WYNIK (suma punktów)………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYNIK**  | **INTERPRETACJA WYNIKU** | **STOSOWANIE LEKU MAXIGRA GO** |
| 22–25 | Brak zaburzeń erekcji | **Nie ma potrzeby stosowania leku Maxigra Go.** |
| 17–21 | Łagodne zaburzenia erekcji | **Można stosować lek Maxigra Go.** |
| 12–16 | Zaburzenia erekcji łagodne do umiarkowanych |
| 8–11 | Umiarkowane zaburzenia erekcji |
| 1–7 | Ciężkie zaburzenia erekcji (5–7, jeśli mężczyzna nie miał okazji do wykazywania aktywności seksualnej) | Wynik może świadczyć o ciężkich zaburzeniach erekcji. Należy zasięgnąć porady lekarza. |

**Jeśli na podstawie powyższego kwestionariusza 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 WIEM** | **NIE** |

Czy ma Pan mniej niż 18 lat ⃝ ⃝

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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)?

2. Czy ma Pan rozpoznane **przez lekarza** nadciśnienie tętnicze? ⃝ ⃝ ⃝

3. Czy **w ciągu ostatniego** roku wystąpił u Pana zawał serca, ⃝ ⃝ ⃝
lub udar mózgu lub jakiekolwiek inne zdarzenie
sercowo-naczyniowe zagrażające życiu?

4. Czy odczuwa Pan duszność, lub bóle zamostkowe ⃝ ⃝ ⃝
podczas codziennych aktywności takich jak wchodzenie
po schodach, lub po wysiłku fizycznym?

5. Czy występują u Pana zaburzenia rytmu serca ⃝ ⃝ ⃝
(przyspieszona akcja serca, nierówna akcja serca)?

6. Czy w występują u Pana zawroty głowy, ⃝ ⃝ ⃝
spadki ciśnienia krwi (poniżej 90/50 mmHg)?

7. Czy **w ciągu ostatnich miesięcy** wystąpiła u Pana ⃝ ⃝ ⃝
utrata przytomności lub omdlenia zwłaszcza
po nagłej zmianie pozycji ciała?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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?

2. Czy **w ostatnim czasie** doszło u Pana do zatrzymania moczu ⃝ ⃝ ⃝
lub zaobserwował Pan skrzepy krwi w moczu?

3. Czy **kiedykolwiek** wystąpił u Pana przedłużający się wzwód, ⃝ ⃝ ⃝
trwający dłużej niż 6 godzin?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOLEGLIWOŚCI ZE STRONY NARZĄDU WZROKU** | **TAK** | **NIE WIEM** | **NIE** |

1. Czy ma Pan rozpoznane **przez lekarza** zmiany ⃝ ⃝ ⃝
degeneracyjne siatkówki, takie jak zwyrodnienie
barwnikowe siatkówki (*Retinitis pigmentosa*)?

2. Czy występuje u Pana pogorszenie widzenia ⃝ ⃝ ⃝
lub utrata wzroku w wyniku zaburzeń funkcji nerwu wzrokowego?

3. Czy ma Pan rozpoznaną **przez lekarza** jaskrę niskiego ciśnienia? ⃝ ⃝ ⃝

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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?

2. Czy ma Pan rozpoznane **przez lekarza** ciężkie zaburzenia ⃝ ⃝ ⃝
czynności wątroby i/lub nerek?

3. Czy ma Pan rozpoznane **przez lekarza** ciężkie zaburzenia ⃝ ⃝ ⃝
krzepnięcia krwi (np. hemofilię), białaczkę
(chorobę nowotworową krwi) lub szpiczaka mnogiego
(chorobę nowotworową szpiku kostnego)?

4. Czy ma Pan rozpoznaną **przez lekarza** niedokrwistość ⃝ ⃝ ⃝
sierpowatokrwinkową (dziedziczne zaburzenie kształtu
czerwonych krwinek)?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STOSOWANE LEKI I ŚRODKI** | **TAK** | **NIE WIEM** | **NIE** |

1. **Czy stosuje Pan leki** z powodu chorób serca i naczyń takie jak:

• **nitroglicerynę** (*Glyceroli trinitras*) np. Nitrocard, ⃝ ⃝ ⃝
 Nitromint, Sustonit, Nitroderm, Minitran

• **izosobrid** (*Isosorbidi mononitras*, *Isosorbidi dinitras*), ⃝ ⃝ ⃝
 np. Effox, Isosorbide mononitrate Vitabalans, Isosorbidi
 mononitras Accord, Mono Mack, Mononit, Monosan,
 Olicard, Sorbonit

• **pentaerytrol** (*Pentaerythrityli tetranitras*), ⃝ ⃝ ⃝
np. Galpent, Pentaerythritol compositum

• **molsidominę** np. Molsidomina WZF ⃝ ⃝ ⃝

• **nikorandyl** np. Angedil, Nicorandil Dexcel Pharma ⃝ ⃝ ⃝

2. Czy z powodu rozrostu gruczołu krokowego stosuje ⃝ ⃝ ⃝

Pan leki **alfa-adrenolityczne** zawierające

np. doksazosynę, prazosynę, terazosynę?

3. **Czy stosuje Pan leki** w leczeniu nadciśnienia płucnego takie jak: ⃝ ⃝ ⃝

• **riocyguat** np. Adempas

4. **Czy stosuje Pan środki** uwalniające tlenek azotu tzw. poppers? ⃝ ⃝

5. **Czy leczy się Pan** z powodu zakażenia wirusem HIV? ⃝ ⃝

6. **Czy w przeszłości stosował Pan leki wydawane na receptę** ⃝ ⃝
**w leczeniu zaburzeń erekcji** i wystąpiły po nich u Pana
działania niepożądane?

**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**