

## Beratungsfaden "Erektionsstörung"

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Aktuelle Medikation:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankheiten: (z.B. Diabetes)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. Nr: \_\_\_\_\_

### Indikation

- Männer ab 18 Jahren mit Erektionsstörung

Durch den Kunden auszufüllen

### 1. Anamnese:

#### 1.1: Fragen bei Erstabklärung

- Neu auftretende Erektionsschwäche (**Achtung:** könnte 1. Anzeichen für Gefäßerkrankung sein)
- Grund-Erkrankung im Herz-Kreislaufbereich: Arteriosklerose, Bluthochdruck
- Grund-Erkrankung Diabetes
- Grund-Erkrankung im Nervensystem: Operationsbedingte Verletzung (Prostata, Becken), Multiple Sklerose, Störungen im Bereich Nervenleitung (Neuropathie), Epilepsie, Schlaganfall
- Grund-Erkrankungen der Psyche: Depression, Angsterkrankung
- Grund-Erkrankung des Hormonsystems
- Psychologischer Hintergrund: neue Beziehung, Beziehungsprobleme, spezielle Sexualpraktiken, Stress
- Raucher
- Empfehlung Drittperson
- Einnahme von Medikamenten, die die Erektionsstörung verursachen
- Anderer Grund: \_\_\_\_\_

#### 1.2: Fragen bei Therapiefortsetzung

- Bereits erfolgte / frühere ärztliche Verschreibung nach Untersuchung

Verschreibender Arzt: \_\_\_\_\_

Medikamentenname und Dosierung: \_\_\_\_\_

## 2. Red Flags → Arztbesuch:

### Kontraindikation:

- Leber- oder Niereninsuffizienz
- Hypotonie <90/50 mmHg
- Nicht eingestellte Hypertonie >170/110 mmHg
- Kürzlich erlittener Herzinfarkt oder Schlaganfall
- Angina Pectoris
- Kardiovaskuläre Erkrankung z.B. schwere Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen
- Erkrankung der Netzhaut z.B. Retinitis pigmentosa
- Penismissbildungen

### Interaktion: bei bestehenden Medikationen immer Interaktions-Check vornehmen

Kontraindiziert ist die gleichzeitige Einnahme von:

- Stickstoffmonoxid-Donatoren:
  - Isosobiddinitrat z.B. Isoket / Isoket ret.
  - Nitroglycerin z.B. Nitroglycerin Kps., Nitrolingual Spray, Minitran TTS, Nitroderm TTS
  - Molsidomin: Corvaton
  - Nicorangil: Dancor
  - «Poppers» z.B. Amylnitrit und andere Nitrate aus dem illegalen Handel
- CYP3A4-Interaktionen: z.B. Clarithromycin, Erythromycin, Ritonavir, Indinavir, Ketoconazol, Itraconazol, etc.

### Warnhinweise:

- Verlust des Vertrauens in die intakte Körperfunktion v.a. bei jungen Verwendern ohne Grund-EK
- Blutgerinnungsstörungen
- Aktives Magengeschwür
- Antidepressivum Trittico (Risiko für anhaltende Erektion)

### Allergien und Intoleranzen:

## 3. Klinische Parameter

Blutdruck:

Medikamente, die eine Erektionsstörung bewirken können:

- Antihypertensiva: Betablocker, Clonidin, Schleifendiuretika, Spironolacton, Thiazid-Diuretika
- ZNS: Alkohol, Kokain, Anxiolytika, MAO-Hemmer, Opiode, SSRI, trizyklische Antidepressiva
- Andere: Amphetamine, Finasterid, Antiandrogene, Anticholinergika, Chemotherapeutika

## 4. Therapieentscheid inkl. Begründung:

## 5. Therapie:

### Therapieempfehlungen:

Medikamentenname/n: \_\_\_\_\_

Dosierungsstärke/n\*: \_\_\_\_\_

Packungsgrösse/n: \_\_\_\_\_

\*Initialdosis 50mg Sildenafil, bei >65 J. oder gleichzeitiger Einnahme anderer Medikamente 25mg

Therapiefortsetzung bis: \_\_\_\_\_

(Dauermedikation oder Dauerrezept 6-12 Mt. im System erfassen, Rezeptzeile der eigenen Apotheke mit Status BAR Bezahlung)

### Dosierungsetikette (aller Arzneimittel):

## 6. Informationen an den Kunden:

### Korrekte Einnahme schriftlich u. mündlich:

- Einnahme ca. 1h vor GV
- Wirkeintritt: 10-70min
- Notwendige sex. Stimulation
- Wirkfenster: 3-5h
- Keine fetten Speisen davor. Der Wirkungseintritt kann verzögert und die Bioverfügbarkeit / Wirkstärke vermindert sein.
- Anwendungsdauer: max. 1 pro Tag
- Vorsicht mit Autofahren bei Erstanwendung

### Mögliche UAW:

- Kopfschmerzen, Schwindel
- Verstopfte/laufende Nase
- Hautrötung und Hitzegefühl
- Verdauungsstörungen
- Farbsehstörung
- **Plötzliche Sehstörung: Notfall**
- **Plötzliche Hörstörung: Notfall**
- **Erektion > 4h: Arztbesuch / Notfall**

➔ **Siehe separates Produkteblatt A5**

### Nachsorgegespräch:

Follow-up durch Apotheker (falls gewünscht): \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### Fragen an den Patienten / Einverständniserklärung:

Haben Sie einen Hausarzt?

Ja  Nein

Name und Adresse des Hausarztes:

\_\_\_\_\_

Dürfen die Angaben zur Medikamentenverschreibung an den behandelnden Hausarzt vertraulich weitergegeben werden?

Ja  Nein

Ich bestätige, mit der besprochenen Therapie und dem weiteren Vorgehen einverstanden zu sein und dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ich wurde über die Grenzen der Medikation, insbesondere mögliche unerwünschte Wirkungen von Bedeutung und deren Alarm-Symptome bei der Abgabe informiert.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_

**Abgabestelle:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Apotheker/-in:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Kunde:** \_\_\_\_\_