

Protocole de l'analyse détaillée

Date de naissance :	3/1/18
Q1:- Taille	
Q2:- Poids	
Q3:- Tabagisme	
<input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> EX-Fumeur <input type="checkbox"/> Non-Fumeur	
Q4:- Ancienneté de la dysfonction Erectile (DE) :	

Q5:- Facteur de risques cardiovasculaires?

OUI NON

Si Oui, merci de remplir le tableau suivant :

Facteurs de Risques Cardiovasculaires	OUI	NON
Tabagisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sédentarité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyslipidémie connue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q6:- Pathologies(s) Cardiovasculaire(s) ?

OUI

NON

Si Oui, merci de remplir le tableau suivant :

Maladie ou antécédent d'accident cardio-vasculaire aigu	Connue		Traitée	
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Coronaropathie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Athérosclérose	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Antécédent d'Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Antécédent d'Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Autre pathologie cardiovasculaire, préciser	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

*** Si une ou plusieurs pathologie(s) sont en cours de traitement : Veuillez remplir la page des traitements concomitants.**

Q7:- Antécédent d'exérèse chirurgicale ou de radiothérapie d'un cancer pelvien ?

OUI

NON

Si Oui, merci de remplir le tableau suivant :

Traitement	OUI	NON
Prostatectomie radicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie carcinologique pelvienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie pour un cancer de la prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie pour un autre cancer pelvien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q8:- Maladie de Lapeyronie ?

OUI

NON

Q9:- Le patient est-il diabétique ?

OUI

NON

Si oui : depuis combien de temps :		
Si oui : insulinodépendant ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Q10:- Le patient est-il traité pour sa dysfonction érectile (DE) ?

OUI

NON

Si Oui, merci de remplir le tableau suivant :

Traitem ent	Posolog ie Merci de préciser l'unité	Traitement		Efficacité		Date de premièr e prise ou utilis ation	Date de dernière prise ou utilisati on
		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
IPDE5		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
IIC PGE1		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
VACUUM		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		

Test de fonction érectile (Score IIEF-ED)

Merci de poser les questions suivantes au patient pour évaluer le score de la fonction érectile

(1) et le score de la rigidité pénienne (2) avant le début de l'étude*

Q11:- Fonction érectile (Score IIEF-ED)

Au cours des quatre dernières semaines :

1. Avec quelle fréquence avez-vous pu avoir une érection, au cours de vos activités sexuelles ?	
Je n'ai pas eu aucune activité sexuelle	<input type="checkbox"/>
Presque jamais ou jamais	<input type="checkbox"/>
Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)	<input type="checkbox"/>
Quelquefois (environ la moitié du temps)	<input type="checkbox"/>
La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)	<input type="checkbox"/>
Presque tout le temps ou tout le temps	<input type="checkbox"/>

2. Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, avec quelle fréquence votre pénis est-t-il suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?	
Je n'ai pas été stimulé sexuellement	<input type="checkbox"/>
Presque jamais ou jamais	<input type="checkbox"/>
Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)	<input type="checkbox"/>
Quelquefois (environ la moitié du temps)	<input type="checkbox"/>
La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)	<input type="checkbox"/>
Presque tout le temps ou tout le temps	<input type="checkbox"/>

Questions sur les érections que vous avez peut-être eues pendant vos rapports sexuels :

3. Au cours des quatre dernières semaines, lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire (introduction du pénis) ?

Je n'ai pas essayé d'avoir de rapport sexuel	<input type="checkbox"/>
Presque jamais ou jamais	<input type="checkbox"/>
Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)	<input type="checkbox"/>
Quelquefois (environ la moitié du temps)	<input type="checkbox"/>
La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)	<input type="checkbox"/>
Presque tout le temps ou tout le temps	<input type="checkbox"/>

4. Pendant vos rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire (introduction du pénis) ?

Je n'ai pas essayé d'avoir de rapport sexuel	<input type="checkbox"/>
Presque jamais ou jamais	<input type="checkbox"/>
Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)	<input type="checkbox"/>
Quelquefois (environ la moitié du temps)	<input type="checkbox"/>
La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)	<input type="checkbox"/>
Presque tout le temps ou tout le temps	<input type="checkbox"/>

5. Pendant vos rapports sexuels, à quel vous-a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin de ces rapports ?

Je n'ai pas essayé d'avoir de rapport sexuel	<input type="checkbox"/>
Extrêmement difficile	<input type="checkbox"/>
Très difficile	<input type="checkbox"/>
Difficile	<input type="checkbox"/>
Un peu difficile	<input type="checkbox"/>
Pas difficile	<input type="checkbox"/>
6. A quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?	
Pas sûr du tout	<input type="checkbox"/>
Pas très sûr	<input type="checkbox"/>
Moyennement sûr	<input type="checkbox"/>
Sûr	<input type="checkbox"/>
Très sûr	<input type="checkbox"/>

Q12:- Test de la rigidité de l'érection EHS

Grade	Test de la rigidité de l'érection EHS	Score
1	<input type="checkbox"/> Votre pénis augmente de volume mais n'edurst pas	
2	<input type="checkbox"/> Votre pénis est dur, mais pas assez dur pour permettre une pénétration	
3	<input type="checkbox"/> Votre pénis est assez dur pour une pénétration mais pas complètement dur	
4	<input type="checkbox"/> Votre pénis est complètement dur et entièrement rigide	
* Ces scores s'entendent avec le traitement de la DE actuel du patient.		

Protocole de l'analyse détaillée

Vous êtes âgé de ans et souffrez de maladie : / Vous avez les facteurs de risques suivants :
En fonction des informations fournies dans le questionnaire IIEF, votre score de sévérité est de , soit : Par ailleurs, vous êtes au traitement par IPDE5. Vous n'avez pas utilisé d'IPDE5.

Selon les informations que vous avez renseignées, vous êtes probablement éligible au protocole de traitements par onde de choc de faible intensité NOVELATOR, administration d'IPDE5 pendant le traitement NOVELATOR, et sous la supervision de votre médecin.

Renseigner votre adresse mail.
Envoyez au médecin de votre centre de traitement.