

Souhlas se správou hmotnosti a lékům GLP-1

Vstupní dotazník a informovaný souhlas pro lékařsky kontrolovanou správu hmotnosti s léky GLP-1 a GIP, jako je semaglutid a tirzepatid

Údaje klienta

Jméno *

Příjmení *

E-mailová adresa *

Telefonní číslo *

Datum narození *

DD / MM / YYYY

Zdraví a cíle

Aktuální hmotnost *

Výška *

Cílová hmotnost

Co jste zkoušeli dříve?

☐ Dieta / sledování kalorií

☐ Program cvičení

☐ Lék GLP-1 (Ozempic, Wegovy, Mounjaro, Zepbound)

☐ Phentermin nebo jiný inhibitor chuti

☐ Bariatrická chirurgie

☐ Dosud nic

Pokud jste používali lék GLP-1 dříve: který, jaká dávka, jak dlouho a jaké vedlejší účinky?

Lékařské vyšetření

Jste těhotná, plánujete těhotenství v příštích 2 měsících nebo kojíte? *

☐ Ano ☐ Ne

Máte vy nebo krevní příbuzný historii medulárního karcinomu štítné žlázy nebo MEN 2? *

☐ Ano ☐ Ne

Měli jste někdy zápal pankreasu? *

☐ Ano ☐ Ne

Máte onemocnění žlučníku nebo žlučové kameny? *

☐ Ano ☐ Ne

Máte onemocnění ledvin? *

☐ Ano ☐ Ne

Máte gastroparézu nebo vážný reflux? *

☐ Ano ☐ Ne

Berete inzulín nebo sulfonylureu (např. glipizid)? *

☐ Ano ☐ Ne

Máte historii poruch příjmu potravy? *

☐ Ano ☐ Ne

Máte diabetickou retinopatii? *

☐ Ano ☐ Ne

Současné léky a doplňky

Alergie

Jakékoli jiné zdravotní stavy nebo nedávné chirurgické zákroky?

Rizika a komplikace

Časté vedlejší účinky: nevolnost, zvracení, průjem, zácpa, snížená chuť, únava, reakce na místě injekce. Ty jsou obvykle nejsilnější při zahájení nebo zvyšování dávky.

Vážná rizika:

- Zánět pankreasu – vážná bolest břicha, která neustupuje, musí být okamžitě hlášena
- Problémy s žlučníkem, včetně žlučových kamenů
- Poškození ledvin z dehydratace po zvracení nebo průjmu
- Nízká hladina cukru v krvi, zejména s inzulinem nebo sulfonylureami
- Nádory C-buněk štítné žlázy pozorované v pokusech na zvířatech (varování v obálce) – nepoužívat s osobní nebo rodinnou historií medulárního karcinomu štítné žlázy nebo MEN 2
- Zpomalené vyprazdňování žaludku – informujte všechny anesteziology, že užíváte tento lék před proceduru
- Ztráta svalové hmoty bez dostatečného příjmu bílkovin a odporového cvičení

Navrácení hmotnosti je po vysazení léku běžné. Lék je pouze součástí programu, který zahrnuje výživu, aktivitu a následné sledování.

Chápám varování o nádoru štítné žlázy v obálce a rizika zánětu pankreatu, onemocnění žlučníku, poškození ledvin a nízké hladiny cukru v krvi a zastavím lék a vyhledám péči, pokud se u mě vyvine vážná bolest břicha, trvalé zvracení nebo příznaky alergické reakce.

Chápám varování o nádoru štítné žlázy a rizika: _____

Chápám, že se výsledky liší, že se hmotnost po vysazení léku může vrátit a že se musím účastnit follow-up návštěv, hlásit vedlejší účinky a používat účinnou antikoncepci, pokud je relevantní.

Chápám, že se výsledky liší a vyžadují sledování: _____

Dohoda o programu

Chápám, který lék mi je předepsán, zda je to značkový nebo složený produkt, a že složené léky nejsou schváleny FDA, jsou připravovány licencovanou lékárnou a mohou se lišit v síle nebo formulaci.

Chápám zdroj léku: _____

Potvrzuji, že zdravotnické informace, které jsem poskytl, jsou úplné a přesné a informuji poskytovatele o jakýchkoli změnách, včetně nového těhotenství.

Moje odpovědi jsou úplné a pravdivé: _____

Záznam služeb

Pouze pro interní potřebu

	Datum	Hmotnost	Lék / Dávka	Poznámky / Vedlejší účinky
Záznam 1				
Záznam 2				
Záznam 3				
Záznam 4				
Záznam 5				
Záznam 6				

Souhlas a podpis

Dobrovolně souhlasím s účastí v lékařsky kontrolovaném programu správy hmotnosti, který může zahrnovat lék agonisty receptoru GLP-1 nebo GIP/GLP-1. Byl jsem informován o výhodách, rizicích, alternativách (včetně životnostních programů a jiných léků) a potřebě průběžného sledování. Rozumím, že nebyl zaručen žádný konkrétní výsledek. Zbavuji poskytovatele a praxi odpovědnosti související s tímto programem s výjimkou případů nedbalosti.

Potvrzuji, že jsem si přečetl a pochopil výše uvedené informace a dávám svůj informovaný souhlas.

Přečetl jsem si a rozumím výše uvedeným informacím: _____

Podpis

Datum

Jméno (tiskací písmo)

Datum *

DD / MM / YYYY

Tento formulář byl poskytnut zdarma společností Consentify

Consentify převádí formuláře jako tento na digitální souhlas, který vaši klienti podepíší na svém telefonu pomocí QR kódu — s automatickými PDF, příznaky kontraindikací a šifrovaným úložištěm. Bezplatný plán je k dispozici na <https://getconsentify.com>.

Pouze šablona. Před použitím si ji nechte zkontrolovat vlastním licencovaným specialistou nebo právním poradcem; požadavky se liší podle jurisdikce a typu praxe.