

Διαχείριση Βάρους & Συναίνεση GLP-1 Φαρμάκου

Ερωτηματολόγιο εισόδου και ενημερωμένη συναίνεση για ιατρικά διευπερευτούμενη διαχείριση βάρους με φάρμακα GLP-1 και GIP όπως σεμαγλουτίδη και τιρζεπατίδη

Πληροφορίες Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Υγεία & Στόχοι

Τρέχον βάρος *

Ύψος *

Στόχο βάρος

Τι έχετε δοκιμάσει πριν;

- ☐ Δίαιτα / παρακολούθηση θερμίδων
- ☐ Πρόγραμμα άσκησης
- ☐ Φάρμακο GLP-1 (Ozempic, Wegovy, Mounjaro, Zepbound)
- ☐ Φεντερμίνη ή άλλο ανορεκτικό
- ☐ Χειρουργική μείωση βάρους
- ☐ Τίποτα ακόμα

Εάν έχετε χρησιμοποιήσει φάρμακο GLP-1 πριν: ποιο, δόση, πόσο καιρό και τυχόν παρενέργειες;

Ιατρική Διαλογή

Είστε έγκυος, σχεδιάζετε εγκυμοσύνη στους επόμενους 2 μήνες ή θηλάζετε; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε ή κάποιος συγγενής έχει ιστορικό μυελοειδούς καρκίνου του θυρεοειδή ή MEN 2; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε ποτέ κατά το παρελθόν πάθει παγκρεατίτιδα; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε ασθένεια χολής ή χολόλιθους; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε νεφρική νόσο; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε γαστροπαράλυση ή σοβαρή ακίδωση; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Λαμβάνετε ινσουλίνη ή σουλφονυλουρία (π.χ., glipizide); *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε ιστορικό διάταξης διατροφής; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Τρέχοντα φάρμακα και συμπληρώματα

Αλλεργίες

Οποιοσδήποτε άλλες ιατρικές παθήσεις ή πρόσφατες επεμβάσεις;

Κίνδυνοι & Επιπλοκές

Συχνές παρενέργειες: ναυτία, εμετός, διάρροια, δυσκοιλιότητα, μειωμένη όρεξη, κόπωση, αντιδράσεις στη θέση έγχυσης. Αυτές είναι συνήθως πιο έντονες κατά την έναρξη ή αύξηση της δόσης.

Σοβαροί κίνδυνοι:

- Παγκρεατίτιδα — σοβαρός κοιλιακός πόνος που δεν υποχωρεί πρέπει να αναφερθεί αμέσως
- Προβλήματα χολής, συμπεριλαμβανομένων χολόλιθων
- Νεφρική βλάβη από αφυδάτωση μετά από εμετό ή διάρροια
- Χαμηλή αιμάτινη σάκχαρο, ειδικά με ινσουλίνη ή σουλφονουλιδίες
- Θυρεοειδή C-cell όγκοι παρατηρούνται σε μελέτες ζώων (σημειογραφημένη προειδοποίηση) — μην χρησιμοποιήσετε με προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό μυελοειδούς καρκίνου θυρεοειδή ή MEN 2
- Επιβραδυνόμενη γαστρική κένωση — ενημερώστε οποιονδήποτε αναισθησιολόγο ότι παίρνετε αυτό το φάρμακο πριν από μια διαδικασία
- Απώλεια μυϊκής μάζας χωρίς επαρκή πρωτεΐνη και άσκηση αντίστασης

Η ανάκτηση βάρους είναι συνηθισμένη μετά την διακοπή. Το φάρμακο είναι ένα μέρος ενός προγράμματος που περιλαμβάνει διατροφή, δραστηριότητα και παρακολούθηση.

Κατανοώ τη σημειογραφημένη προειδοποίηση για θυρεοειδή όγκους και τους κινδύνους παγκρεατίτιδας, ασθένειας χολής, νεφρικής βλάβης και χαμηλής αιμάτινης σακχάρου, και θα σταματήσω το φάρμακο και θα αναζητήσω φροντίδα εάν εμφανίσω σοβαρό κοιλιακό πόνο, συνεχή εμετό ή σημάδια αλλεργικής αντίδρασης.

Κατανοώ τη σημειογραφημένη προειδοποίηση και τους σοβαρούς κινδύνους: _____

Κατανοώ ότι τα αποτελέσματα ποικίλλουν, ότι το βάρος ενδέχεται να επιστρέψει μετά την διακοπή του φαρμάκου και ότι πρέπει να παρακολουθώ τις επιλεγμένες επισκέψεις, να αναφέρω παρενέργειες και να χρησιμοποιώ αποτελεσματική αντισύλληψη εάν ισχύει.

Κατανοώ ότι τα αποτελέσματα ποικίλλουν και απαιτούν παρακολούθηση: _____

Συμφωνία Προγράμματος

Κατανοώ ποιο φάρμακο μου συνταγογραφείται, εάν είναι ένα φάρμακο με εμπορική ονοματολογία ή σύνθετο προϊόν, και ότι τα σύνθετα φάρμακα δεν έχουν έγκριση FDA, προετοιμάζονται από μια αδειούχο φαρμακευτική μονάδα και ενδέχεται να διαφέρουν σε δύναμη ή σύνθεση.

Κατανοώ την πηγή του φαρμάκου: _____

Επιβεβαιώνω ότι οι ιατρικές πληροφορίες που έχω δώσει είναι ολοκληρωμένες και ακριβείς και θα ενημερώσω τον παρόχο για τυχόν αλλαγές, συμπεριλαμβανομένης νέας εγκυμοσύνης.

Οι απαντήσεις μου είναι ολοκληρωμένες και αληθείς: _____

Αρχείο Υπηρεσιών

Μόνο για χρήση γραφείου

	Ημερομηνία	Βάρος	Φάρμακο / Δόση	Σημειώσεις / Παρενέργειες
Καταχώρηση 1				
Καταχώρηση 2				

	Ημερομηνία	Βάρος	Φάρμακο / Δόση	Σημειώσεις / Παρενέργειες
Καταχώρηση 3				
Καταχώρηση 4				
Καταχώρηση 5				
Καταχώρηση 6				

Συναίνεση & Υπογραφή

Συναινώ εθελοντικά να συμμετάσχω σε ένα ιατρικά διευπερετούμενο πρόγραμμα διαχείρισης βάρους που ενδέχεται να περιλαμβάνει φάρμακο agonist δεκτών GLP-1 ή GIP/GLP-1. Έχω ενημερωθεί για τα οφέλη, τους κινδύνους, τις εναλλακτικές λύσεις (συμπεριλαμβανομένων προγραμμάτων τρόπου ζωής και άλλων φαρμάκων) και την ανάγκη για συνεχή παρακολούθηση. Κατανοώ ότι δεν έχει εγγυηθεί κανένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Απαλλάσσω τον παρόχο και την πρακτική από την ευθύνη που σχετίζεται με αυτό το πρόγραμμα εξαιρουμένων περιπτώσεων αμέλειας.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες και δίνω την ενημερωμένη συναίνεσή μου.

Έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες: _____

Υπογραφή

Ημερομηνία

Όνομα (κεφαλαία)

Ημερομηνία *

HH / MM / EEEE

Αυτό το έντυπο παρασχέθηκε δωρεάν από το Consentify

Το Consentify μετατρέπει έντυπα όπως αυτό σε ψηφιακή συγκατάθεση που υπογράφουν οι πελάτες σας στο δικό τους τηλέφωνο μέσω κωδικού QR — με αυτόματα PDF, σημαίες αντενδείξεων και κρυπτογραφημένη αποθήκευση. Δωρεάν σχέδιο διαθέσιμο στο <https://getconsentify.com>.

Μόνο πρότυπο. Ελέγξτε με τον δικό σας αδειούχο επαγγελματία ή νομικό σύμβουλο πριν τη χρήση. Οι απαιτήσεις ποικίλλουν ανάλογα με τη δικαιοδοσία και την πρακτική.