

वजन प्रबंधन और जीएलपी-1 दवा सहमति

सेमाग्लूटाइड और टरिजेपाटाइड जैसी जीएलपी-1 और जीआईपी दवाओं के साथ चिकित्सकीय देखरेख में वजन प्रबंधन के लिए सेवन प्रश्नावली और सूचति सहमति

क्लाइंट की जानकारी

पहला नाम *

अंतिम नाम *

ईमेल पता *

फोन नंबर *

जन्म तारीख *

DD / MM / YYYY

स्वास्थ्य और लक्ष्य

वर्तमान वजन *

ऊँचाई *

लक्ष्य वजन

आपने पहले क्या कोशिश की है?

☐ आहार / कैलोरी ट्रैकिंग

☐ व्यायाम कार्यक्रम

☐ जीएलपी-1 दवा (ओजेम्पिक, वेगोवी, मौजारो, जेपबाउंड)

☐ फेटरमाइन या अन्य भूख दबाने वाली दवा

☐ बेरिएट्रिक सर्जरी

☐ अभी तक कुछ नहीं

यदि आपने पहले जीएलपी-1 दवा का उपयोग किया है: कौन सी, खुराक, कितने समय के लिए, और कोई भी दुष्प्रभाव?

चिकित्सकीय जांच

क्या आप गर्भवती हैं, अगले 2 महीनों के भीतर गर्भावस्था की योजना बना रहे हैं, या स्तनपान कर रहे हैं? *

☐ हां ☐ नहीं

क्या आपके या किसी रक्त सम्बंधी को मेडुलरी थायराइड कार्सिनोमा या एमईएन 2 का इतिहास है? *

☐ हां ☐ नहीं

क्या आपको कभी अग्न्याशयशोथ हुआ है? *

☐ हां ☐ नहीं

क्या आपको पित्ताशय की बीमारी या पित्त पत्थर है? *

☐ हां ☐ नहीं

क्या आपको कडिनी की बीमारी है? *

☐ हां ☐ नहीं

क्या आपको गैस्ट्रोपेरेसिस या गंभीर नाराज़गी है? *

☐ हां ☐ नहीं

क्या आप इंसुलिन या सल्फोनलिउरिया (उदाहरण के लिए, ग्लिपिजिड) लेते हैं? *

☐ हां ☐ नहीं

क्या आपके पास खाने की बीमारी का इतिहास है? *

☐ हां ☐ नहीं

क्या आपको मधुमेह संबंधी रेटिनोपैथी है? *

☐ हां ☐ नहीं

वर्तमान दवाएं और पूरक

एलर्जी

कोई अन्य चिकित्सीय स्थितियां या हाल की सर्जरियां?

जोखमि और जटलिताएं

सामान्य दुष्प्रभाव: मतली, उल्टी, दस्त, कब्ज, भूख में कमी, थकान, इंजेक्शन-साइट प्रतिक्रियाएं। ये आमतौर पर शुरुआत करते समय या खुराक बढ़ाते समय सबसे मजबूत होते हैं।

गंभीर जोखमि:

- अग्न्याशयशोथ — गंभीर पेट का दर्द जो दूर नहीं जाता तुरंत रिपोर्ट किया जाना चाहिए
- पित्ताशय की समस्याएं, पित्त पत्थर सहित
- कडिनी की चोट उल्टी या दस्त के बाद नज़िलीकरण से
- कम रक्त शर्करा, विशेष रूप से इंसुलिन या सल्फोनलिउरिया के साथ
- थायरॉइड सी-सेल ट्यूमर पशु अध्ययन में देखे गए (बॉक्स की चेतावनी) — मेडुलरी थायरॉइड कार्सिनोमा या एमईएन 2 के व्यक्तिगत या पारिवारिक इतिहास के साथ उपयोग न करें
- धीमी पेट खाली करना — किसी भी प्रक्रिया से पहले किसी भी संज्ञाहरणवदि को बताएं कि आप यह दवा लेते हैं
- मांसपेशियों का नुकसान पर्याप्त प्रोटीन और प्रतिरोध व्यायाम के बिना

बंद करने के बाद वजन वापस आना आम है। दवा एक कार्यक्रम का एक हिस्सा है जिसमें पोषण, गतिविधि और अनुवर्ती शामिल हैं।

मैं थायरॉइड ट्यूमर की बॉक्स चेतावनी और अग्न्याशयशोथ, पित्ताशय की बीमारी, कडिनी की चोट, और कम रक्त शर्करा के जोखमिों को समझता हूँ, और यदि मुझे गंभीर पेट का दर्द, लगातार उल्टी, या एलर्जी प्रतिक्रिया के संकेत दिखाई दें तो मैं दवा बंद कर दूंगा और देखभाल लूंगा।

मैं बॉक्स की चेतावनी और गंभीर जोखमिों को समझता हूँ:

मैं समझता हूँ कि परिणाम भिन्न होते हैं, कटिवा बंद करने के बाद वजन वापस आ सकता है, और कटिवा अनुवर्ती दौरे में शामिल होना चाहिए, दुष्प्रभावों की रपिर्ट करनी चाहिए, और यदलागू हो तो प्रभावी गर्भनरीधक का उपयोग करना चाहिए।

मैं समझता हूँ कि परिणाम भिन्न होते हैं और अनुवर्ती की आवश्यकता है: _____

कार्यक्रम समझौता

मैं समझता हूँ कि मुझे कौन सी दवा दी गई है, चाहे वह ब्रांड-नाम हो या मशरति उत्पाद हो, और कि मशरति दवाएं एफडीए-अनुमोदित नहीं हैं, एक लाइसेंसप्राप्त फार्मेसी द्वारा तैयार की जाती हैं, और शक्तिया सूत्रीकरण में भिन्न हो सकती हैं।

मैं दवा के स्रोत को समझता हूँ: _____

मैं पुष्टि करता हूँ कि मेरी द्वारा दी गई चिकित्सा जानकारी पूर्ण और सटीक है और मैं प्रदाता को किसी भी परिवर्तन के बारे में सूचित करूंगा, जिसमें नई गर्भावस्था भी शामिल है।

मेरे उत्तर पूर्ण और सत्य हैं: _____

सेवा लॉग

केवल कार्यालय उपयोग के लिए

	तारीख	वजन	दवा / खुराक	नोट्स / दुष्प्रभाव
प्रवर्षिट 1				
प्रवर्षिट 2				
प्रवर्षिट 3				
प्रवर्षिट 4				
प्रवर्षिट 5				
प्रवर्षिट 6				

सहमति और हस्ताक्षर

मैं एक चिकित्सकीय देखरेख में वजन प्रबंधन कार्यक्रम में भाग लेने के लिए स्वेच्छा से सहमत देता हूँ जिसमें जीएलपी-1 या जीआईपी/जीएलपी-1 रसिप्टर एगोनस्ट दवा शामिल हो सकती है। मुझे लाभों, जोखिमों, विकल्पों (जीवनशैली कार्यक्रमों और अन्य दवाओं सहित) और चल रहे नगरानी की आवश्यकता के बारे में सूचित किया गया है। मैं समझता हूँ कि कोई वशिष्ट परिणाम की गारंटी नहीं दी गई है। मैं प्रदाता और अभ्यास को इस कार्यक्रम से संबंधित देयता से मुक्त करता हूँ सविय लापरवाही के मामलों के।

मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने ऊपर दी गई जानकारी को पढ़ा और समझा है और अपनी सूचित सहमति देता हूँ।

मैंने ऊपर दी गई जानकारी को पढ़ा और समझा है: _____

हस्ताक्षर

दनांक

नाम लिखें

तारीख *

DD / MM / YYYY

यह फॉर्म Consentify द्वारा मुफ्त प्रदान किया गया था

Consentify इस जैसे फॉर्मों को डिजिटल सहमति में परिवर्तित करता है जिससे आपके ग्राहक QR कोड द्वारा अपने फोन पर हस्ताक्षर करते हैं — स्वचालित PDF, प्रतिसंकेत ध्वज, और एन्क्रिप्टेड स्टोरेज के साथ। <https://getconsentify.com> पर नशुल्क योजना उपलब्ध है। केवल टेम्पलेट। उपयोग से पहले अपने स्वयं के लाइसेंस प्राप्त पेशेवर या कानूनी सलाहकार के साथ समीक्षा करें; आवश्यकताएं क्षेत्राधिकार और अभ्यास के आधार पर भिन्न होती हैं।