

Testsúlykezelési és GLP-1 gyógyszeres kezelési beleegyezés

Anamnézis kérdőív és tájékozott beleegyezés orvosi felügyelet melletti testsúlykezeléshez GLP-1 és GIP hatóanyagú gyógyszerekkel, például szemaglutiddal és tirzepatiddal

Ügyfél adatai

Keresztnév *

Vezetéknév *

E-mail cím *

Telefonszám *

Születési dátum *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Egészségi állapot és célok

Jelenlegi testsúly *

Magasság *

Célsúly

Mit próbált ki eddig?

- ☐ Diéta / kalóriaszámolás
- ☐ Edzésprogram
- ☐ GLP-1 gyógyszer (Ozempic, Wegovy, Mounjaro, Zepbound)
- ☐ Fentermin vagy más étvágycsökkentő
- ☐ Bariátriai műtét
- ☐ Még semmit

Ha korábban használt már GLP-1 gyógyszert: melyiket, milyen dózisban, mennyi ideig, és milyen mellékhatásokkal?

Orvosi szűrés

Terhes, tervezi teherbe esni a következő 2 hónapban, vagy szoptat? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Önnek vagy vér szerinti rokonának volt-e medulláris pajzsmirigyrákja vagy MEN 2 szindrómája? *

☐ Igen ☐ Nem

Volt-e valaha hasnyálmirigy-gyulladás? *

☐ Igen ☐ Nem

Van-e epehólyag-betegsége vagy epeköve? *

☐ Igen ☐ Nem

Van-e vesebetegsége? *

☐ Igen ☐ Nem

Van-e gyomorürülési zavara (gastroparesis) vagy súlyos refluxa? *

☐ Igen ☐ Nem

Szed-e inzulint vagy szulfonilureát (pl. glipizidet)? *

☐ Igen ☐ Nem

Volt-e már evészavara? *

☐ Igen ☐ Nem

Van-e diabéteszes retinopátiája? *

☐ Igen ☐ Nem

Jelenlegi gyógyszerek és étrend-kiegészítők

Allergiák

Van-e más egészségügyi állapota vagy nemrégiben volt műtétje?

Kockázatok és szövődmények

Gyakori mellékhatások: hányinger, hányás, hasmenés, székrekedés, csökkent étvágy, fáradtság, injekció beadási helyén jelentkező reakciók. Ezek jellemzően a kezelés kezdetekor vagy a dózis emelésekor a legerősebbek.

Súlyos kockázatok:

- Hasnyálmirigy-gyulladás — az el nem múló, súlyos hasi fájdalmat azonnal jelenteni kell
- Epehólyag-problémák, beleértve az epeköveket is
- Vesekárosodás kiszáradás következtében hányás vagy hasmenés után
- Alacsony vércukorszint, különösen inzulin vagy szulfonilureák mellett
- Pajzsmirigy C-sejtes daganatok, amelyeket állatkísérletekben figyeltek meg (dobozos figyelmeztetés) — ne alkalmazza, ha saját vagy családi kórtörténetében medulláris pajzsmirigyrák vagy MEN 2 szerepel
- Lassult gyomorürülés — tájékoztassa az aneszteziológust a gyógyszer szedéséről bármilyen beavatkozás előtt
- Izomtömeg-csökkenés megfelelő fehérjebevitel és ellenállásos edzés nélkül

A testsúly visszahízása gyakori a kezelés abbahagyása után. A gyógyszer csak egy része a programnak, amely magában foglalja a táplálkozást, a mozgást és a nyomon követést is.

Megértettem a pajzsmirigydaganatra vonatkozó dobozos figyelmeztetést, valamint a hasnyálmirigy-gyulladás, epehólyag-betegség, vesekárosodás és alacsony vércukorszint kockázatait, és abbahagyom a gyógyszer szedését, illetve orvosi segítséget kérek, ha súlyos hasi fájdalmat, tartós hányást vagy allergiás reakció jeleit tapasztalom.

Megértettem a dobozos figyelmeztetést és a súlyos kockázatokat: _____

Megértettem, hogy az eredmények egyénenként eltérőek lehetnek, hogy a testsúly a gyógyszer abbahagyása után visszatérhet, és hogy részt kell vennem a kontrollvizsgálatokon, jelentenem kell a mellékhatásokat, valamint szükség esetén hatékony fogamzásgátlást kell alkalmaznom.

Megértettem, hogy az eredmények eltérőek lehetnek, és nyomon követés szükséges: _____

Programmal kapcsolatos megállapodás

Megértettem, hogy melyik gyógyszert írták fel számomra, hogy az márkás vagy magisztrális (compounded) készítmény-e, és hogy a magisztrális gyógyszerek nem rendelkeznek FDA-jóváhagyással, engedéllyel rendelkező gyógyszertárban készülnek, és hatásereősségük vagy összetételük eltérhet.

Megértettem a gyógyszer eredetét: _____

Megerősítem, hogy az általam megadott egészségügyi információk teljesek és pontosak, és tájékoztatom a kezelőorvost minden változásról, beleértve az esetleges új terhességet is.

Válaszaim teljesek és valóságok: _____

Kezelési napló

Csak belső használatra

	Dátum	Testsúly	Gyógyszer / dózis	Megjegyzések / mellékhatások
Bejegyzés 1				
Bejegyzés 2				
Bejegyzés 3				

	Dátum	Testsúly	Gyógyszer / dózis	Megjegyzések / mellékhatások
Bejegyzés 4				
Bejegyzés 5				
Bejegyzés 6				

Beleegyezés és aláírás

Önkéntesen beleegyezem, hogy részt vegyek egy orvosi felügyelet melletti testsúlykezelési programban, amely GLP-1 vagy GIP/GLP-1 receptor agonista gyógyszert is tartalmazhat. Tájékoztattak az előnyökről, kockázatokról, alternatívákról (beleértve az életmódprogramokat és más gyógyszereket), valamint a folyamatos monitorozás szükségességéről. Megértettem, hogy semmilyen konkrét eredményt nem garantáltak. Felmentem a szolgáltatót és a praxist minden, ezzel a programmal kapcsolatos felelősség alól, kivéve gondatlanság esetén.

Megerősítem, hogy elolvastam és megértettem a fenti tájékoztatást, és tájékozott beleegyezésemet adom.

Elovastam és megértettem a fenti tájékoztatást: _____

Aláírás

Dátum

Nyomtatott név

Dátum *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Ezt az űrlapot a Consentify ingyenesen biztosította

A Consentify az ehhez hasonló formákat digitális beleegyezésekké alakítja, amelyeket az ügyfelek QR-kód segítségével saját telefonjukon írnak alá — automatikus PDF-ekkel, kontraindikáció jelzésekkel és titkosított tárolással. Ingyenes csomag elérhető a <https://getconsentify.com> webhelyen.

Csak sablon. Használat előtt tekintse át saját szakképzett szakemberével vagy jogi tanácsadóval; a követelmények joghatóság és gyakorlat szerint változnak.