

Consenso per la gestione del peso e medicinali GLP-1

Questionario di ammissione e consenso informato per la gestione del peso sotto supervisione medica con medicinali GLP-1 e GIP come semaglutide e tirzepatide

Informazioni cliente

Nome *

Cognome *

Indirizzo email *

Numero di telefono *

Data di nascita *

GG / MM / AAAA

Salute e obiettivi

Peso attuale *

Altezza *

Peso obiettivo

Cosa hai provato in precedenza?

- ☐ Dieta / tracciamento calorie
- ☐ Programma di esercizio
- ☐ Medicinale GLP-1 (Ozempic, Wegovy, Mounjaro, Zepbound)
- ☐ Fentermina o altro soppressore dell'appetito
- ☐ Chirurgia bariatrica
- ☐ Niente ancora

Se hai utilizzato un medicinale GLP-1 in precedenza: quale, qual era la dose, per quanto tempo, e quali effetti collaterali?

Screening medico

Sei incinta, stai pianificando una gravidanza entro i prossimi 2 mesi, o stai allattando? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai tu o un parente consanguineo una storia di carcinoma midollare della tiroide o MEN 2? *

☐ Sì ☐ No

Hai mai avuto pancreatite? *

☐ Sì ☐ No

Hai malattia della colecisti o calcoli biliari? *

☐ Sì ☐ No

Hai una malattia renale? *

☐ Sì ☐ No

Hai gastroparesi o reflusso severo? *

☐ Sì ☐ No

Assumi insulina o una sulfonilurea (es. glipizide)? *

☐ Sì ☐ No

Hai una storia di disturbo alimentare? *

☐ Sì ☐ No

Hai retinopatia diabetica? *

☐ Sì ☐ No

Medicinali e integratori attuali

Allergie

Altre condizioni mediche o interventi chirurgici recenti?

Rischi e complicanze

Effetti collaterali comuni: nausea, vomito, diarrea, stitichezza, appetito ridotto, affaticamento, reazioni nel sito di iniezione. Questi sono solitamente più forti all'inizio o al momento dell'aumento della dose.

Rischi gravi:

- Pancreatite — il dolore addominale severo che non scompare deve essere segnalato immediatamente
- Problemi della colecisti, inclusi calcoli biliari
- Lesione renale dovuta a disidratazione dopo vomito o diarrea
- Basso livello di zucchero nel sangue, soprattutto con insulina o sulfoniluree
- Tumori delle cellule C della tiroide osservati negli studi animali (avvertenza con riquadro) — non usare con una storia personale o familiare di carcinoma midollare della tiroide o MEN 2
- Rallentamento dello svuotamento dello stomaco — comunica a qualsiasi anestesiolego che assumi questo medicinale prima di una procedura
- Perdita di massa muscolare senza un adeguato apporto proteico ed esercizio di resistenza

La ripresa del peso è comune dopo l'interruzione. Il medicinale è una parte di un programma che include nutrizione, attività e follow-up.

Comprendo l'avvertenza con riquadro e i rischi di pancreatite, malattia della colecisti, lesione renale e basso livello di zucchero nel sangue, e interromperò il medicinale e cercherò cure se sviluppo dolore addominale severo, vomito persistente o segni di reazione allergica.

Comprendo l'avvertenza con riquadro e i rischi seri: _____

Comprendo che i risultati variano, che il peso può tornare dopo l'interruzione del medicinale, e che devo partecipare alle visite di follow-up, segnalare gli effetti collaterali e utilizzare una contraccettione efficace se applicabile.

Comprendo che i risultati variano e richiedono follow-up: _____

Accordo del programma

Comprendo quale medicinale mi è stato prescritto, se si tratta di un prodotto di marca o composto, e che i medicinali composti non sono approvati dalla FDA, sono preparati da una farmacia autorizzata e possono differire in forza o formulazione.

Comprendo la fonte del medicinale: _____

Confermo che le informazioni mediche che ho fornito sono complete e accurate e informerò il provider di eventuali cambiamenti, inclusa una nuova gravidanza.

Le mie risposte sono complete e veritiere: _____

Registro dei servizi

Solo per uso interno

	Data	Peso	Medicinale / Dose	Note / Effetti collaterali
Voce 1				
Voce 2				
Voce 3				

	Data	Peso	Medicinale / Dose	Note / Effetti collaterali
Voce 4				
Voce 5				
Voce 6				

Consenso e firma

Acconsento volontariamente a partecipare a un programma di gestione del peso sotto supervisione medica che può includere un medicinale agonista del recettore GLP-1 o GIP/GLP-1. Sono stato informato dei benefici, dei rischi, delle alternative (inclusi programmi di stile di vita e altri medicinali) e della necessità di un monitoraggio continuo. Comprendo che nessun risultato specifico è stato garantito. Rilascio il provider e la pratica dalla responsabilità relativa a questo programma ad eccezione dei casi di negligenza.

Confermo di aver letto e compreso le informazioni di cui sopra e do il mio consenso informato.

Ho letto e comprendo le informazioni di cui sopra: _____

Firma

Data

Stampa il nome

Data *

GG / MM / AAAA

Questo modulo è stato fornito gratuitamente da Consentify

Consentify trasforma moduli come questo in consenso digitale che i tuoi clienti firmano direttamente dal loro telefono tramite codice QR — con PDF automatici, flag di controindicazioni e archiviazione crittografata. Piano gratuito disponibile su <https://getconsentify.com>.

Solo modello. Rivedi con il tuo professionista autorizzato o consulente legale prima dell'uso; i requisiti variano a seconda della giurisdizione e della pratica.