

체중 관리 & GLP-1 약물 동의서

세마글루타이드 및 티르제파티드와 같은 GLP-1 및 GIP 약물을 사용한 의료 감시 체중 관리에 대한 초진 설문지 및 동의서

고객 정보

이름 *

성 *

이메일 주소 *

전화번호 *

생년월일 *

YYYY / MM / DD

건강 & 목표

현재 체중 *

신장 *

목표 체중

이전에 시도한 것이 무엇입니까?

☐ 식이 요법 / 칼로리 추적

☐ 운동 프로그램

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

☐ 펜터민 또는 기타 식욕 억제제

☐ 비만 수술

☐ 아직 시도한 것이 없음

이전에 GLP-1 약물을 사용한 경우: 어느 약물, 용량, 기간 및 부작용?

의료 선별검사

임신 중이거나 향후 2개월 내에 임신을 계획 중이거나 모유 수유 중입니까? *

☐ 예

☐ 아니요

귀하 또는 혈연 관계의 가족이 갑상선 수질암 또는 MEN 2 병력이 있습니까? *

☐ 예

☐ 아니요

췌장염을 앓은 적이 있습니까? *

☐ 예

☐ 아니요

당뇨 질환이나 담석이 있습니까? *

☐ 예

☐ 아니요

신장 질환이 있습니까? *

☐ 예 ☐ 아니요

위무력증이나 심한 역류가 있습니까? *

☐ 예 ☐ 아니요

인슐린이나 설폰닐우레아(예: 글리피지드)를 복용하고 있습니까? *

☐ 예 ☐ 아니요

섭식장애의 병력이 있습니까? *

☐ 예 ☐ 아니요

당뇨병성 망막병증이 있습니까? *

☐ 예 ☐ 아니요

현재 복용 중인 약물 및 보충제

알레르기

기타 의료 상태 또는 최근 수술이 있습니까?

위험 & 합병증

흔한 부작용: 메스꺼움, 구토, 설사, 변비, 식욕 감소, 피로, 주사 부위 반응. 이러한 증상들은 일반적으로 시작하거나 용량을 증가할 때 가장 강합니다.

심각한 위험:

- 췌장염 — 가라앉지 않는 심한 복통은 즉시 보고해야 함
- 담낭 문제 (담석 포함)
- 탈수로 인한 신장 손상 (구토 또는 설사 후)
- 저혈당, 특히 인슐린 또는 설폰닐우레아 복용 시
- 갑상선 C-세포 종양 (동물 실험에서 발견됨) (경고 박스) — 갑상선 수질암 또는 MEN 2의 개인 또는 가족 병력이 있는 경우 사용 금지
- 위 배출 지연 — 수술 전에 마취 전문의에게 이 약물을 복용 중임을 알려주세요
- 근육량 손실 (충분한 단백질과 저항 운동 없을 경우)

중단 후 체중이 다시 증가하는 것이 일반적입니다. 약물은 영양, 활동 및 후속 조치를 포함하는 프로그램의 한 부분입니다.

갑상선 종양 경고 박스와 췌장염, 담낭 질환, 신장 손상, 저혈당의 위험을 이해하며, 심한 복통, 지속적인 구토 또는 알레르기 반응의 징후가 나타나면 약물을 중단하고 의료 조치를 받겠습니다.

경고 박스 및 심각한 위험을
이해합니다: _____

결과가 다양하고, 약물 중단 후 체중이 돌아올 수 있으며, 후속 방문에 참석하고, 부작용을 보고하며, 해당하는 경우 효과적인 피임을 사용해야 함을 이해합니다.

결과가 다양하고 후속 조치가 필요함을
이해합니다: _____

프로그램 동의

처방받은 약물, 브랜드명 또는 복합 제형인지 여부를 이해하며, 복합 약물은 FDA 승인을 받지 않았고 허가된 약국에서 준비되며 강도나 제형이 다를 수 있음을 이해합니다.

약물 출처를
이해합니다: _____

제공한 의료 정보가 완전하고 정확함을 확인하며, 새로운 임신을 포함한 모든 변화를 의료 제공자에게 알려겠습니다.

제 답변은 완전하고
진실입니다: _____

서비스 로그

사무실 용도만

	날짜	체중	약물 / 용량	메모 / 부작용
항목 1				
항목 2				
항목 3				
항목 4				
항목 5				
항목 6				

동의 & 서명

의료 감시 체중 관리 프로그램(GLP-1 또는 GIP/GLP-1 수용체 작용제 약물 포함 가능)에 자발적으로 참여하는 데 동의합니다. 이점, 위험, 대안(생활습관 프로그램 및 기타 약물 포함) 및 지속적인 모니터링의 필요성에 대해 알고 있습니다. 특정 결과가 보장되지 않음을 이해합니다. 과실 이외의 경우에 대해 의료 제공자 및 진료소로부터 이 프로그램과 관련된 책임을 면제합니다.

위의 정보를 읽고 이해했으며 고지 동의를 제공함을 확인합니다.

위 정보를 읽고
이해했습니다: _____

서명

날짜

이름 인쇄

날짜 *

YYYY / MM / DD

이 양식은 Consentify에서 무료로 제공합니다

Consentify는 이와 같은 양식을 클라이언트가 QR 코드로 자신의 휴대폰에서 서명하는 디지털 동의서로 변환합니다 — 자동 PDF 생성, 금기사항 표시, 암호화된 저장소 포함. 무료 플랜을 <https://getconsentify.com>에서 이용할 수 있습니다.

템플릿일 뿐입니다. 사용 전에 자신의 면허를 소유한 전문가 또는 법률 고문과 함께 검토하시기 바랍니다. 요구사항은 관할권과 진료 관행에 따라 다릅니다.