

Zgoda na Zarządzanie Masą Ciała i Leki z Grupy GLP-1

Kwestionariusz wstępny i świadoma zgoda na medycznie nadzorowane zarządzanie masą ciała za pomocą leków z grupy GLP-1 i GIP, takich jak semaglutyd i tirzepatyd

Dane Klienta

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Zdrowie i Cele

Aktualna masa ciała *

Wzrost *

Docelowa masa ciała

Co już Pan/Pani wcześniej próbował(a)?

- ☐ Dieta / liczenie kalorii
- ☐ Program ćwiczeń
- ☐ Lek z grupy GLP-1 (Ozempic, Wegovy, Mounjaro, Zepbound)
- ☐ Fentermina lub inny lek zmniejszający apetyt
- ☐ Operacja bariatryczna
- ☐ Jeszcze nic

Jeśli stosował(a) Pan/Pani wcześniej lek z grupy GLP-1: jaki, w jakiej dawce, jak długo i jakie były skutki uboczne?

Badanie Przesiewowe

Czy jest Pani w ciąży, planuje ciążę w ciągu najbliższych 2 miesięcy lub karmi piersią? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy Pan/Pani lub krewny w linii biologicznej ma w historii rdzeniastego raka tarczycy lub zespół MEN 2? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy kiedykolwiek miał(a) Pan/Pani zapalenie trzustki? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy ma Pan/Pani chorobę pęcherzyka żółciowego lub kamice żółciową? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy ma Pan/Pani chorobę nerek? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy ma Pan/Pani gastroparezę lub silny refluks? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy przyjmuje Pan/Pani insulinę lub pochodną sulfonilomocznika (np. glipizyd)? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy ma Pan/Pani w historii zaburzenia odżywiania? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy ma Pan/Pani retinopatię cukrzycową? *

☐ Tak ☐ Nie

Aktualnie przyjmowane leki i suplementy

Alergie

Czy występują inne schorzenia lub niedawne operacje?

Ryzyka i Powikłania

Częste działania niepożądane: nudności, wymioty, biegunka, zaparcia, zmniejszony apetyt, zmęczenie, reakcje w miejscu wstrzyknięcia. Zazwyczaj są najsilniejsze na początku leczenia lub przy zwiększaniu dawki.

Poważne ryzyka:

- Zapalenie trzustki — silny ból brzucha, który nie ustępuje, musi być natychmiast zgłoszony
- Problemy z pęcherzykiem żółciowym, w tym kamica żółciowa
- Uszkodzenie nerek wynikające z odwodnienia po wymiotach lub bieguncie
- Niski poziom cukru we krwi, zwłaszcza przy stosowaniu insuliny lub pochodnych sulfonilomocznika
- Guzy komórek C tarczycy obserwowane w badaniach na zwierzętach (ostrzeżenie w ramce) — nie stosować przy osobistej lub rodzinnej historii rdzeniastego raka tarczycy lub zespołu MEN 2
- Spowolnione opróżnianie żołądka — poinformuj każdego anestezjologa o przyjmowaniu tego leku przed zabiegiem
- Utrata masy mięśniowej bez odpowiedniej ilości białka i ćwiczeń oporowych

Po zaprzestaniu stosowania leku często dochodzi do ponownego przyrostu masy ciała. Lek jest tylko jednym z elementów programu obejmującego odżywianie, aktywność fizyczną i wizyty kontrolne.

Rozumiem ostrzeżenie dotyczące guzów tarczycy oraz ryzyka zapalenia trzustki, choroby pęcherzyka żółciowego, uszkodzenia nerek i niskiego poziomu cukru we krwi, i zaprzestam stosowania leku oraz zwrócę się o pomoc medyczną w przypadku wystąpienia silnego bólu brzucha, uporczywych wymiotów lub objawów reakcji alergicznej.

Rozumiem ostrzeżenie w ramce oraz poważne ryzyka: _____

Rozumiem, że wyniki mogą się różnić, że masa ciała może powrócić po zaprzestaniu stosowania leku oraz że muszę uczestniczyć w wizytach kontrolnych, zgłaszać skutki uboczne i stosować skuteczną antykoncepcję, jeśli dotyczy.

Rozumiem, że wyniki są różne i wymagają wizyt kontrolnych: _____

Zgoda na Program

Rozumiem, jaki lek został mi przepisany, czy jest to produkt markowy czy sporządzany na zamówienie (recepturowy), oraz że leki recepturowe nie są zatwierdzone przez FDA, są przygotowywane przez licencjonowaną aptekę i mogą różnić się mocą lub składem.

Rozumiem pochodzenie leku: _____

Potwierdzam, że podane przeze mnie informacje medyczne są kompletne i dokładne oraz że poinformuję świadczeniodawcę o wszelkich zmianach, w tym o nowej ciąży.

Moje odpowiedzi są kompletne i prawdziwe: _____

Dziennik Usług

Tylko do użytku wewnętrznego

	Data	Masa ciała	Lek / Dawka	Uwagi / Skutki uboczne
Wpis 1				
Wpis 2				
Wpis 3				

	Data	Masa ciała	Lek / Dawka	Uwagi / Skutki uboczne
Wpis 4				
Wpis 5				
Wpis 6				

Zgoda i Podpis

Dobrowolnie wyrażam zgodę na uczestnictwo w medycznie nadzorowanym programie zarządzania masą ciała, który może obejmować leki z grupy agonistów receptora GLP-1 lub GIP/GLP-1. Zostałem/am poinformowany/a o korzyściach, ryzykach, alternatywach (w tym programach związanych ze stylem życia oraz innych lekach) oraz o konieczności bieżącego monitorowania. Rozumiem, że nie zagwarantowano żadnego konkretnego rezultatu. Zwalniam świadczeniodawcę i praktykę z odpowiedzialności związanej z tym programem, z wyjątkiem przypadków zaniedbania.

Potwierdzam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am powyższe informacje oraz udzielam świadomej zgody.

Przeczytałem/am i rozumiem powyższe informacje: _____

Podpis

Data

Drukowane imię i nazwisko

Data *

DD / MM / RRRR

Ten formularz został bezpłatnie udostępniony przez Consentify

Consentify zamienia formularze takie jak ten w cyfrową zgodę, którą Twoi klienci podpisują na własnym telefonie za pomocą kodu QR — z automatycznymi plikami PDF, flagami przeciwwskazań i zaszyfrowaną pamięcią. Darmowy plan dostępny na <https://getconsentify.com>.

Tylko szablon. Przed użyciem zapoznaj się z własnym licencjonowanym specjalistą lub doradcą prawnym; wymagania różnią się w zależności od jurysdykcji i rodzaju praktyki.