

Consentimento para Controle de Peso & Medicação GLP-1

Questionário de triagem e consentimento informado para controle de peso medicamente supervisionado com medicações GLP-1 e GIP como semaglutida e tirzepatida

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de Email *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Saúde e Objetivos

Peso Atual *

Altura *

Peso Desejado

O que você já tentou antes?

- ☐ Dieta / contagem de calorias
- ☐ Programa de exercícios
- ☐ Medicação GLP-1 (Ozempic, Wegovy, Mounjaro, Zepbound)
- ☐ Fentermina ou outro supressor de apetite
- ☐ Cirurgia bariátrica
- ☐ Nenhum ainda

Se você usou uma medicação GLP-1 antes: qual, qual dose, por quanto tempo e quais efeitos colaterais?

Triagem Médica

Você está grávida, planejando engravidar nos próximos 2 meses ou amamentando? *

☐ Sim ☐ Não

Você ou um parente consanguíneo tem histórico de carcinoma medular de tireoide ou MEN 2? *

☐ Sim ☐ Não

Você já teve pancreatite? *

☐ Sim ☐ Não

Você tem doença da vesícula biliar ou cálculos biliares? *

☐ Sim ☐ Não

Você tem doença renal? *

☐ Sim ☐ Não

Você tem gastroparesia ou refluxo grave? *

☐ Sim ☐ Não

Você toma insulina ou uma sulfoniluréia (p. ex., glipizida)? *

☐ Sim ☐ Não

Você tem histórico de transtorno alimentar? *

☐ Sim ☐ Não

Você tem retinopatia diabética? *

☐ Sim ☐ Não

Medicações e suplementos atuais

Alergias

Outras condições médicas ou cirurgias recentes?

Riscos e Complicações

Efeitos colaterais comuns: náusea, vômito, diarreia, constipação, apetite reduzido, fadiga, reações no local da injeção. Estes são geralmente mais intensos ao iniciar ou aumentar a dose.

Riscos sérios:

- Pancreatite — dor abdominal grave que não melhora deve ser relatada imediatamente
- Problemas da vesícula biliar, incluindo cálculos biliares
- Lesão renal por desidratação após vômito ou diarreia
- Baixa de açúcar no sangue, especialmente com insulina ou sulfonilurêias
- Tumores de células C da tireoide observados em estudos com animais (aviso em caixa) — não use com histórico pessoal ou familiar de carcinoma medular de tireoide ou MEN 2
- Esvaziamento gástrico lentificado — informe qualquer anestesiologista que você toma esta medicação antes de um procedimento
- Perda de massa muscular sem proteína adequada e exercício de resistência

O ganho de peso é comum após interromper. A medicação é uma parte de um programa que inclui nutrição, atividade e acompanhamento.

Entendo o aviso em caixa sobre tumores da tireoide e os riscos de pancreatite, doença da vesícula biliar, lesão renal e baixa de açúcar no sangue, e vou interromper a medicação e procurar cuidados se desenvolver dor abdominal grave, vômito persistente ou sinais de reação alérgica.

Entendo o aviso em caixa e os riscos sérios: _____

Entendo que os resultados variam, que o peso pode retornar após interromper a medicação, e que devo comparecer a visitas de acompanhamento, relatar efeitos colaterais e usar contraceptivo eficaz, se aplicável.

Entendo que os resultados variam e requerem acompanhamento: _____

Acordo do Programa

Entendo qual medicação me foi prescrita, se é um produto de marca ou composto, e que medicações compostas não são aprovadas pelo FDA, são preparadas por uma farmácia licenciada e podem diferir em força ou formulação.

Entendo a fonte da medicação: _____

Confirmo que as informações médicas que forneci são completas e precisas e informarei o provedor de qualquer mudança, incluindo uma nova gravidez.

Minhas respostas são completas e verídicas: _____

Registro de Serviços

Apenas para uso interno

	Data	Peso	Medicação / Dose	Observações / Efeitos colaterais
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				

	Data	Peso	Medicação / Dose	Observações / Efeitos colaterais
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimento e Assinatura

Consinto voluntariamente em participar de um programa de controle de peso medicamente supervisionado que pode incluir medicação agonista do receptor GLP-1 ou GIP/GLP-1. Fui informado sobre os benefícios, riscos, alternativas (incluindo programas de estilo de vida e outras medicações) e a necessidade de monitoramento contínuo. Entendo que nenhum resultado específico foi garantido. Libero o provedor e a prática de responsabilidade relacionada a este programa, exceto em casos de negligência.

Confirmo que li e entendi as informações acima e dou meu consentimento informado.

Li e entendo as informações acima: _____

Assinatura

Data

Nome completo

Data *

DD / MM / AAAA

Este formulário foi fornecido gratuitamente pela Consentify

O Consentify transforma formulários como este em consentimento digital que seus clientes assinam em seus próprios telefones por código QR — com PDFs automáticos, sinalizadores de contraindicações e armazenamento criptografado. Plano gratuito disponível em <https://getconsentify.com>.

Apenas um modelo. Revise com seu próprio profissional licenciado ou assessor jurídico antes de usar; os requisitos variam de acordo com a jurisdição e a prática.