

Consimțământ pentru gestionarea greutății și medicație GLP-1

Chestionar de intake și consimțământ informat pentru gestionarea greutății sub supraveghere medicală cu medicamente GLP-1 și GIP cum ar fi semaglutida și tirzepatida

Informații despre client

Prenume *

Nume *

Adresă de e-mail *

Număr de telefon *

Data nașterii *

ZZ / LL / AAAA

Sănătate și obiective

Greutate actuală *

Înălțime *

Greutate țintă

Ce ați încercat anterior?

- ☐ Dietă / urmărire calorii
- ☐ Program de exerciții
- ☐ Medicație GLP-1 (Ozempic, Wegovy, Mounjaro, Zepbound)
- ☐ Fentermină sau alt supresant de apetit
- ☐ Chirurgie bariatrică
- ☐ Nimic încă

Dacă ați folosit anterior o medicație GLP-1: care anume, doza, cât timp și orice efecte secundare?

Screening medical

Sunteți însărcinată, plănuieți o sarcină în următoarele 2 luni sau alăptați? *

☐ Da ☐ Nu

Aveți dvs. sau un rudă de sânge o istorie de carcinom medular tiroidian sau MEN 2? *

☐ Da ☐ Nu

Ați avut vreodată pancreatită? *

☐ Da ☐ Nu

Aveți boală biliară sau pietre în vezica biliară? *

☐ Da ☐ Nu

Aveți boală renală? *

☐ Da ☐ Nu

Aveți gastropareză sau reflux sever? *

☐ Da ☐ Nu

Luați insulină sau o sulfoniluree (ex: glipizidă)? *

☐ Da ☐ Nu

Aveți un istoric de tulburare alimentară? *

☐ Da ☐ Nu

Aveți retinopatia diabetică? *

☐ Da ☐ Nu

Medicamente și suplimente actuale

Alergii

Orice alte condiții medicale sau intervenții chirurgicale recente?

Riscuri și complicații

Efecte secundare frecvente: greață, vărsături, diaree, constipație, apetit redus, oboseală, reacții la locul injectiei. Acestea sunt de obicei cele mai puternice atunci când se pornește sau se crește doza.

Riscuri grave:

- Pancreatită — durere abdominală severă care nu dispăre trebuie raportată imediat
- Probleme biliare, inclusiv pietre în vezica biliară
- Leziune renală din deshidratare după vărsături sau diaree
- Nivel scăzut de zahăr în sânge, în special cu insulină sau sulfoniluree
- Tumori cu celule C tiroidiene observate în studii pe animale (avertisment cu pungă) — nu se folosește cu istoric personal sau familial de carcinom medular tiroidian sau MEN 2
- Golire lentă a stomacului — spuneți oricărui anestezistolog că luați acest medicament înainte de o procedură
- Pierdere de masă musculară fără proteine adecvate și exerciții de rezistență

Recăștigarea greutății este frecventă după întrerupere. Medicamentul este o parte a unui program care include nutriție, activitate și urmărire.

Înțeleg avertismentul cu pungă privind tumora tiroidă și riscurile de pancreatită, boală biliară, leziune renală și nivel scăzut de zahăr în sânge, și voi opri medicamentul și voi căuta îngrijire dacă dezvolt durere abdominală severă, vărsături persistente sau semne de reacție alergică.

Înțeleg avertismentul privind tumora tiroidă și riscurile: _____

Înțeleg că rezultatele variază, că greutatea se poate întoarce după oprirea medicamentului, și că trebuie să particip la vizite de urmărire, să raporteze efecte secundare și să folosesc contracepție eficientă, dacă este cazul.

Înțeleg că rezultatele variază și necesită urmărire: _____

Acord privind programul

Înțeleg ce medicament mi se prescrie, indiferent dacă este un produs de marcă sau compus, și că medicamentele compuse nu sunt aprobate de FDA, sunt preparate de o farmacie autorizată și pot diferi în putere sau formulare.

Înțeleg sursa medicamentului: _____

Confirm că informațiile medicale pe care le-am furnizat sunt complete și corecte și voi informa furnizorul de orice schimbări, inclusiv o nouă sarcină.

Răspunsurile mele sunt complete și sincere: _____

Jurnal de servicii

Doar pentru uz intern

	Data	Greutate	Medicament / Doză	Note / Efecte secundare
Intrare 1				
Intrare 2				
Intrare 3				
Intrare 4				

	Data	Greutate	Medicament / Doză	Note / Efecte secundare
Intrare 5				
Intrare 6				

Consimțământ și semnătură

Consimț în mod voluntar să particip la un program de gestionare a greutateii sub supraveghere medicală care poate include medicație agonistă a receptorului GLP-1 sau GIP/GLP-1. Am fost informat despre beneficiile, riscurile, alternativele (inclusiv programe de stil de viață și alte medicamente) și necesitatea monitorizării continue. Înțeleg că niciun rezultat specific nu a fost garantat. Eliberez furnizorul și practica de responsabilitate legată la acest program, cu excepția cazurilor de neglijență.

Confirm că am citit și înțeles informațiile de mai sus și dau consimțământul informat.

Am citit și înțeleg informațiile de mai sus: _____

Semnătură

Data

Nume (tip)

Data *

ZZ / LL / AAAA

Acest formular a fost oferit gratuit de Consentify

Consentify transformă formulare ca aceasta în consimțământ digital pe care clienții tăi îl semnează pe propriul lor telefon prin cod QR — cu PDF-uri automate, flaguri de contraindicații și stocare criptată. Plan gratuit disponibil la <https://getconsentify.com>.

Doar șablon. Revizuiți cu propriul dvs. profesionist cu licență sau consilier juridic înainte de utilizare; cerințele variază în funcție de jurisdicție și de practică.