

Управление весом и согласие на прием препаратов GLP-1

Анкета об истории и информированное согласие на медицинское наблюдение при управлении весом с использованием препаратов GLP-1 и GIP, таких как семаглутид и тирзепатид

Информация о клиенте

Имя *

Фамилия *

Адрес электронной почты *

Номер телефона *

Дата рождения *

ДД / ММ / ГГГГ

Здоровье и цели

Текущий вес *

Рост *

Целевой вес

Что вы пробовали раньше?

- ☐ Диета / отслеживание калорий
- ☐ Программа физических упражнений
- ☐ Препарат GLP-1 (Озампик, Вегови, Мунджаро, Зепбаунд)
- ☐ Фентермин или другой подавитель аппетита
- ☐ Бариатрическая операция
- ☐ Ничего еще не пробовал

Если вы ранее принимали препарат GLP-1: какой именно, какая была дозировка, как долго вы его принимали и были ли побочные эффекты?

Медицинский скрининг

Вы беременны, планируете беременность в течение следующих 2 месяцев или кормите грудью? *

- ☐ Да ☐ Нет

У вас или у кровного родственника есть история медуллярной карциномы щитовидной железы или МЭН 2? *

☐ Да ☐ Нет

Были ли у вас когда-либо панкреатит? *

☐ Да ☐ Нет

У вас есть заболевание желчного пузыря или желчные камни? *

☐ Да ☐ Нет

У вас есть заболевание почек? *

☐ Да ☐ Нет

У вас есть гастропарез или тяжелый рефлюкс? *

☐ Да ☐ Нет

Вы принимаете инсулин или сульфонилмочевину (например, глипизид)? *

☐ Да ☐ Нет

У вас была история расстройства пищевого поведения? *

☐ Да ☐ Нет

У вас есть диабетическая ретинопатия? *

☐ Да ☐ Нет

Текущие лекарства и добавки

Аллергии

Есть ли у вас какие-либо другие заболевания или недавние операции?

Риски и осложнения

Распространенные побочные эффекты: тошнота, рвота, диарея, запор, снижение аппетита, усталость, реакции в месте инъекции. Обычно эти эффекты наиболее выражены при начале приема или при увеличении дозы.

Серьезные риски:

- Панкреатит — сильная боль в животе, которая не проходит, должна быть немедленно сообщена
- Проблемы с желчным пузырем, включая желчные камни
- Повреждение почек вследствие обезвоживания после рвоты или диареи
- Низкий уровень сахара в крови, особенно при приеме инсулина или сульфонилмочевин
- Опухоли С-клеток щитовидной железы, выявленные в исследованиях на животных (предупреждение в черной рамке) — не использовать при личной или семейной истории медуллярной карциномы щитовидной железы или МЭН 2
- Замедленное опорожнение желудка — сообщите любому анестезиологу о приеме этого препарата перед процедурой
- Потеря мышечной массы без адекватного потребления белка и силовых упражнений

Повторный набор веса является частым явлением после прекращения приема. Лекарство — это часть программы, которая включает правильное питание, физическую активность и последующее наблюдение.

Я понимаю предупреждение о опухолях щитовидной железы в черной рамке и риски панкреатита, заболевания желчного пузыря, повреждения почек и низкого уровня сахара в крови, и я буду прекращать прием лекарства и обращаться за помощью, если у меня появится сильная боль в животе, стойкая рвота или признаки аллергической реакции.

Я понимаю предупреждение о опухолях щитовидной железы и риски панкреатита: _____

Я понимаю, что результаты различаются, что вес может вернуться после прекращения приема лекарства, и что я должен посещать последующие визиты, сообщать о побочных эффектах и использовать эффективную контрацепцию, если это применимо.

Я понимаю, что результаты различаются и требуют наблюдения: _____

Соглашение о программе

Я понимаю, какой препарат мне назначен, является ли он оригинальным брендовым или лизированным продуктом, и что лизированные лекарства не одобрены FDA, подготавливаются лицензированной аптекой и могут отличаться по силе действия или составу.

Я понимаю источник лекарства: _____

Я подтверждаю, что предоставленная мною медицинская информация полная и точная, и я буду информировать поставщика об любых изменениях, включая новую беременность.

Мои ответы полные и правдивые: _____

Журнал услуг

Только для служебного пользования

	Дата	Вес	Лекарство / Дозировка	Примечания / Побочные эффекты
Запись 1				
Запись 2				
Запись 3				
Запись 4				
Запись 5				
Запись 6				

Согласие и подпись

Я добровольно даю согласие на участие в программе медицинского контроля управления весом, которая может включать препараты-агонисты рецепторов GLP-1 или GIP/GLP-1. Мне была предоставлена информация о преимуществах, рисках, альтернативах (включая программы образа жизни и другие лекарства) и необходимости постоянного мониторинга. Я понимаю, что никаких конкретных результатов не гарантировано. Я освобождаю поставщика и практику от ответственности, связанной с этой программой, кроме случаев небрежности.

Я подтверждаю, что прочитал и понял приведенную выше информацию и даю свое информированное согласие.

Я прочитал и понял приведенную выше информацию: _____

Подпись

Дата

Печатные буквы

Дата *

ДД / ММ / ГГГГ

Эта форма предоставлена бесплатно компанией Consentify

Consentify преобразует такие формы в цифровое согласие, которое ваши клиенты подписывают на собственном телефоне с помощью QR-кода — с автоматическим созданием PDF, флагами противопоказаний и зашифрованным хранилищем. Бесплатный план доступен на <https://getconsentify.com>.

Только шаблон. Перед использованием проверьте с собственным лицензированным специалистом или юристом; требования варьируются в зависимости от юрисдикции и практики.