

Vikthantering & GLP-1-läkemedelsgodkännande

Intakefrågor och informerat samtycke för medicinsk övervakad vikthantering med GLP-1 och GIP-läkemedel såsom semaglutid och tirzepatid

Klientinformation

Förnamn *

Efternamn *

E-postadress *

Telefonnummer *

Födelsedatum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Hälsa och mål

Nuvarande vikt *

Längd *

Målvikt

Vad har du prövat innan?

- ☐ Kost/kaloriräkning
- ☐ Träningsprogram
- ☐ GLP-1-läkemedel (Ozempic, Wegovy, Mounjaro, Zepbound)
- ☐ Fentyermin eller annat appetitdämpande läkemedel
- ☐ Bariatrisk kirurgi
- ☐ Inget ännu

Om du har använt GLP-1-läkemedel tidigare: vilket, dos, hur länge och eventuella biverkningar?

Medicinsk screening

Är du gravid, planerar graviditet inom de närmaste 2 månaderna eller ammar? *

☐ Ja ☐ Nej

Har du eller en blodsläkting en historik av medullär tyroidkarcinoma eller MEN 2? *

☐ Ja ☐ Nej

Har du någonsin haft bukspottkörtelbränning? *

☐ Ja ☐ Nej

Har du gallblåsesjukdom eller gallstenar? *

☐ Ja ☐ Nej

Har du njursjukdom? *

☐ Ja ☐ Nej

Har du gastropares eller allvarlig refluxsjukdom? *

☐ Ja ☐ Nej

Tar du insulin eller en sulfonylureum (t.ex. glipizid)? *

☐ Ja ☐ Nej

Har du en historik av ätstörning? *

☐ Ja ☐ Nej

Har du diabetisk retinopati? *

☐ Ja ☐ Nej

Nuvarande läkemedel och kosttillskott

Allergier

Andra medicinska tillstånd eller nyligen genomförd kirurgi?

Risker och komplikationer

Vanliga biverkningar: illamående, kräkningar, diarré, förstoppning, minskad aptit, trötthet, reaktioner på injektionsstället. Dessa är vanligtvis starkast när man börjar eller ökar dosen.

Allvarliga risker:

- Bukspottkörtelbränning — kraftig buksmärta som inte går över måste rapporteras omedelbar
- Gallblåseproblem, inklusive gallstenar
- Njurskada från uttorkning efter kräkningar eller diarré
- Låg blodsocker, särskilt med insulin eller sulfonylureum
- Tyroidcellstumörer sett i djurstudier (varningstext i ruta) — använd inte med personlig eller familjehistorik av medullär tyroidkarcinoma eller MEN 2
- Förlångsamt magtömning — berätta för vilken anestesilog som helst att du tar detta läkemedel innan en procedur
- Förlust av muskelmassa utan adekvat protein och motionering

Viktökning är vanlig efter avslutad behandling. Läkemedel är en del av ett program som inkluderar nutrition, aktivitet och uppföljning.

Jag förstår varningstext i ruta om tyroidtumörer och risker för bukspottkörtelbränning, gallblåsesjukdom, njurskada och lågt blodsocker, och jag kommer att sluta ta läkemedlet och söka vård om jag utvecklar kraftig buksmärta, ihållande kräkningar eller tecken på allergisk reaktion.

Jag förstår varningstext i ruta och allvarliga risker: _____

Jag förstår att resultaten varierar, att vikt kan återkomma efter att stoppa läkemedlet, och att jag måste närvara vid uppföljningsbesök, rapportera biverkningar och använda effektivt preventivmedel om tillämpligt.

Jag förstår att resultaten varierar och kräver uppföljning: _____

Programavtal

Jag förstår vilket läkemedel jag får, oavsett om det är ett varumärke eller ett framställt läkemedel, och att framställda läkemedel inte är FDA-godkända, är förbereds av ett licensierat apotek och kan skilja sig i styrka eller formulering.

Jag förstår läkemedelskällan: _____

Jag bekräftar att den medicinska informationen jag har lämnat är fullständig och korrekt och att jag kommer att informera leverantören om eventuella ändringar, inklusive en ny graviditet.

Mina svar är fullständiga och sanningsenliga: _____

Service-log

Endast för kontorsbruk

	Datum	Vikt	Läkemedel/dos	Anteckningar/biverkningar
Post 1				
Post 2				
Post 3				

	Datum	Vikt	Läkemedel/dos	Anteckningar/biverkningar
Post 4				
Post 5				
Post 6				

Samtycke och underskrift

Jag samtycker frivilligt till att delta i ett medicinskt övervakat vikthanteringsprogram som kan inkludera GLP-1 eller GIP/GLP-1-receptoragonistläkemedel. Jag har informerats om fördelarna, riskerna, alternativen (inklusive livsstilsprogram och andra läkemedel) och behovet av löpande övervakning. Jag förstår att inget specifikt resultat garanteras. Jag friar leverantören och praktiken från ansvar relaterat till detta program förutom i fall av vårdslöshet.

Jag bekräftar att jag har läst och förstår informationen ovan och ger mitt informerade samtycke.

Jag har läst och förstår informationen ovan: _____

Underskrift

Datum

Namn i tryckbokstäver

Datum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Denna blankett tillhandahålls kostnadsfritt av Consentify

Consentify omvandlar blanketter som denna till digitalt samtycke som dina klienter signerar på sin egen telefon via QR-kod — med automatiska PDF-filer, kontraindikationsflaggor och krypterad lagring. Gratis plan tillgänglig på <https://getconsentify.com>.

Mall endast. Granska tillsammans med din egen licensierad yrkesperson eller juridisk rådgivare innan användning; kraven varierar beroende på jurisdiktion och verksamhet.