

Управління вагою та згода на ГЛП-1 медикаменти

Анкета первинного огляду та інформована згода для медично контрольованого управління вагою з використанням ГЛП-1 та ГІП медикаментів, таких як семаглутид та тірзепатид

Інформація про клієнта

Ім'я *

Прізвище *

Адреса електронної пошти *

Номер телефону *

Дата народження *

ДД / ММ / РРРР

Здоров'я та цілі

Поточна вага *

Зріст *

Цільова вага

Що ви пробували раніше?

- ☐ Дієта / відстеження калорій
- ☐ Програма вправ
- ☐ ГЛП-1 медикамент (Ozempic, Wegovy, Mounjaro, Zepbound)
- ☐ Фентермін або інший лікувальний засіб для зниження апетиту
- ☐ Бариатрична хірургія
- ☐ Поки що ніч

Якщо ви раніше використовували ГЛП-1 медикамент: який саме, дозування, як довго, та які побічні ефекти?

Медичне обстеження

Ви вагітні, планують вагітність в найближчі 2 місяці або кормите груддю? *

☐ Так ☐ Ні

У вас або у родичів крові був медулярний рак щитоподібної залози або МЕН 2? *

☐ Так ☐ Ні

У вас коли-небудь був панкреатит? *

☐ Так ☐ Ні

У вас є захворювання жовчного міхура або жовчні камені? *

☐ Так ☐ Ні

У вас є захворювання нирок? *

☐ Так ☐ Ні

У вас є гастропарез або сильний рефлюкс? *

☐ Так ☐ Ні

Ви приймаєте інсулін або сульфонілсечовину (наприклад, глізид)? *

☐ Так ☐ Ні

У вас був анамнез розладу харчування? *

☐ Так ☐ Ні

У вас діабетична ретинопатія? *

☐ Так ☐ Ні

Поточні медикаменти та добавки

Алергії

Будь-які інші медичні стани або нещодавні операції?

Ризики та ускладнення

Частих побічні ефекти: нудота, блювання, діарея, запор, зниження апетиту, слабкість, реакції в місці ін'єкції. Вони зазвичай найсильніші під час початку або збільшення дози.

Серйозні ризики:

- Панкреатит — сильний біль у животі, який не проходить, повинен бути негайно повідомлений
- Проблеми з жовчним міхуром, включаючи жовчні камені
- Пошкодження нирок від зневоднення після блювання або діареї
- Низький рівень цукру в крові, особливо при прийомі інсуліну або сульфонілсечовин
- Пухлини С-клітин щитоподібної залози спостерігаються в дослідженнях на тваринах (попередження у коробці) — не використовувати при особистому або сімейному анамнезі медулярного раку щитоподібної залози або MEN 2
- Уповільнене спорожнення шлунка — розповідайте будь-якому анестезіологу, що ви приймаєте цей медикамент перед процедурою
- Втрата м'язової маси без достатньої кількості білка та вправ на опір

Повернення ваги є звичайним явищем після припинення прийому. Медикамент — це лише частина програми, яка включає правильне харчування, фізичну активність та подальші спостереження.

Я розумію попередження у коробці щодо пухлин щитоподібної залози та ризику панкреатиту, захворювання жовчного міхура, пошкодження нирок та низького рівня цукру в крові, і я припиню прийом медикаменту та звернуся за медичною допомогою, якщо розвинеться сильний біль у животі, постійне блювання або ознаки алергічної реакції.

Я розумію попередження у коробці та серйозні ризики: _____

Я розумію, що результати варіюються, що вага може повернутися після припинення прийому медикаменту, і що я повинен відвідувати подальші візити, повідомляти про побічні ефекти та використовувати ефективну контрацепцію, якщо це застосовується.

Я розумію, що результати варіюються і потребують подальших спостережень: _____

Угода про програму

Я розумію, який медикамент мені призначений, чи це брендовий або компаундований продукт, і що компаундовані медикаменти не затвердені FDA, підготовлені ліцензованою аптекою і можуть відрізнятися за міцністю або складом.

Я розумію джерело медикаменту: _____

Я підтверджую, що медична інформація, яку я надав, є повною та точною, і я інформуватиму лікаря про будь-які зміни, включаючи нову вагітність.

Мої відповіді є повними та правдивими: _____

Журнал послуг

Тільки для службового використання

	Дата	Вага	Медикамент / Дозування	Примітки / Побічні ефекти
Запис 1				

	Дата	Вага	Медикамент / Дозування	Примітки / Побічні ефекти
Запис 2				
Запис 3				
Запис 4				
Запис 5				
Запис 6				

Згода та підпис

Я добровільно даю згоду на участь у медично контрольованій програмі управління вагою, яка може включати ГЛП-1 або ГП/ГЛП-1 рецепторний агоніст медикамент. Мені було повідомлено про переваги, ризики, альтернативи (включаючи програми здорового образу життя та інші медикаменти) та необхідність постійного моніторингу. Я розумію, що жоден конкретний результат не гарантувався. Я звільняю постачальника та практику від відповідальності, пов'язаної з цією програмою, за винятком випадків недбалості.

Я підтверджую, що я прочитав та зрозумів вищезазначену інформацію та даю інформовану згоду.

Я прочитав та розумію вищезазначену інформацію: _____

Підпис

Дата

Друковане ім'я

Дата *

ДД / ММ / РРРР

Цю форму надала безплатно компанія Consentify

Consentify перетворює форми на кшталт цієї на цифрову згоду, яку ваші клієнти підписують на своєму телефоні через QR-код — з автоматичними PDF-файлами, прапорцями протипоказань та зашифрованим сховищем.

Безплатний план доступний на <https://getconsentify.com>.

Лише шаблон. Перед використанням перевірте з вашим лікарем, юристом або професійним консультантом; вимоги різняться залежно від юрисдикції та сфери діяльності.