

体重管理及 GLP-1 药物同意书

使用 GLP-1 和 GIP 药物（如司美格鲁肽和替尔泊肽）进行医学监督体重管理的初诊问卷和知情同意书

客户信息

名 *

姓 *

电子邮件地址 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

健康与目标

当前体重 *

身高 *

目标体重

您之前尝试过什么？

- ☐ 饮食/卡路里追踪
- ☐ 运动计划
- ☐ GLP-1 药物（Ozempic、Wegovy、Mounjaro、Zepbound）
- ☐ 苯特明或其他食欲抑制剂
- ☐ 减肥手术
- ☐ 还没有尝试过

如果您之前使用过 GLP-1 药物：是哪种、剂量多少、使用多长时间，以及是否有任何副作用？

医学筛查

您是否怀孕、计划在未来 2 个月内怀孕或正在哺乳？ *

☐ 是 ☐ 否

您或血亲是否有髓样甲状腺癌或多发性内分泌肿瘤综合征 2 型（MEN 2）的病史？ *

☐ 是 ☐ 否

您是否曾患过胰腺炎？ *

☐ 是 ☐ 否

您是否有胆囊疾病或胆结石？ *

☐ 是 ☐ 否

您是否有肾脏疾病？ *

☐ 是 ☐ 否

您是否有胃轻瘫或严重的胃食管反流？ *

☐ 是 ☐ 否

您是否服用胰岛素或磺脲类药物（例如格列吡嗪）？ *

☐ 是 ☐ 否

您是否有饮食失调症的病史？ *

☐ 是 ☐ 否

您是否有糖尿病视网膜病变？ *

☐ 是 ☐ 否

当前药物和补充剂

过敏症

是否有任何其他医疗条件或最近的手术？

风险与并发症

常见副作用： 恶心、呕吐、腹泻、便秘、食欲下降、疲劳、注射部位反应。这些症状通常在开始或增加剂量时最为强烈。

严重风险：

- 胰腺炎 — 持续不消的严重腹痛必须立即报告
- 胆囊问题，包括胆结石
- 肾脏损伤，由呕吐或腹泻引起的脱水导致
- 低血糖，尤其是与胰岛素或磺脲类药物一起使用时
- 甲状腺 C 细胞肿瘤（在动物研究中观察到）（黑框警告） — 不可用于有髓样甲状腺癌或 MEN 2 个人或家族史的患者
- 胃排空减缓 — 在任何手术前告知任何麻醉医生您正在服用此药物
- 肌肉量流失 — 没有足够的蛋白质和阻力训练

停止用药后体重反弹很常见。药物是包括营养、活动和随访的计划的一部分。

我理解甲状腺肿瘤黑框警告以及胰腺炎、胆囊疾病、肾脏损伤和低血糖的风险，如果我出现严重腹痛、持续呕吐或过敏反应迹象，我会停止使用该药物并寻求医疗护理。

我理解黑框警告和
严重风险:

我理解结果因人而异，停止用药后体重可能恢复，我必须参加随访访问、报告副作用并在适用情况下采取有效避孕措施。

我理解结果因人而异
，需要随访:

项目协议

我理解我处方的是哪种药物、是品牌名称还是复配产品，以及复配药物未获得 FDA 批准，由持证药房配制，强度或配方可能不同。

我理解药物
来源:

我确认我提供的医学信息是完整和准确的，我会将任何变化（包括新怀孕）告知医疗提供者。

我的答案完整
且真实:

服务记录

仅供办公室使用

	日期	体重	药物/剂量	备注/副作用
条目 1				
条目 2				
条目 3				
条目 4				
条目 5				
条目 6				

同意与签名

我自愿同意参加可能包括 GLP-1 或 GIP/GLP-1 受体激动剂药物的医学监督体重管理计划。我已被告知益处、风险、替代选择（包括生活方式计划和其他药物）以及持续监测的必要性。我理解没有保证任何特定结果。我免除医疗提供者和诊所在本计划中的责任，除非存在疏忽情况。

我确认我已阅读并理解上述信息，并表示知情同意。

我已阅读并理解上
述信息:

签名

日期

打印姓名

日期 *

MM / DD / YYYY

本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。