

PHI CLINIC - Programa de Manejo de Peso

Consentimiento Informado – Semaglutida / Tirzepatida (Terapia GLP-1 / GIP)

Medicamentos:

Semaglutida (Wegovy®, Ozempic® o equivalente compuesto)

Tirzepatida (Zepbound®, Mounjaro® o equivalente compuesto)

Propósito

Entiendo que la semaglutida y la tirzepatida son medicamentos inyectables utilizados como parte de un programa integral de manejo de peso que incluye modificación de la dieta, actividad física y supervisión médica continua. El objetivo es la reducción de peso y la mejora de la salud metabólica.

Mecanismo de Acción

Semaglutida: Agonista del receptor GLP-1 que disminuye el apetito, retrasa el vaciamiento gástrico y mejora la regulación de la insulina.

Tirzepatida: Agonista dual de los receptores GLP-1 y GIP que potencia la supresión del apetito y el control metabólico.

Beneficios Esperados

Pérdida de peso gradual y sostenida

Disminución del apetito y los antojos

Mejora del control glucémico y la sensibilidad a la insulina

Posibles Efectos Secundarios

Comunes:

Náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, distensión o malestar abdominal, fatiga.

Graves (raros):

Pancreatitis, enfermedad de la vesícula biliar, síntomas gastrointestinales severos, reacciones alérgicas.

Contraindicaciones

He informado a mi proveedor si tengo antecedentes de:

Cáncer medular de tiroides o síndrome MEN2

Pancreatitis

Enfermedades gastrointestinales severas (ej. gastroparesia)

Embarazo o lactancia

Plan de Tratamiento

Administración una vez por semana mediante inyección subcutánea

Aumento progresivo de la dosis para minimizar efectos secundarios

Monitoreo periódico de peso, signos vitales y estudios de laboratorio

La modificación del estilo de vida es esencial para el éxito del tratamiento

Responsabilidades del Paciente

Reportar cualquier efecto secundario de inmediato

No usar otros medicamentos agonistas GLP-1 sin indicación médica

Seguir las recomendaciones sobre dieta, hidratación y visitas de seguimiento

Declaración de Consentimiento

He leído y comprendido la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas. Consiento recibir tratamiento con semaglutida/tirzepatida bajo supervisión médica.

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Proveedor: _____

Fecha:
