

향정신성의약품 식욕억제제 체크리스트 (의사용)



향정신성의약품 식욕억제제 처방 시 아래 사항을 확인하여 주십시오.

※ 본 자료는 'www.nims.or.kr > 자료실'에 공지되어 있으니 비만환자의 향정신성의약품 식욕억제제 처방시 활용하시기 바랍니다.

CHECK LIST

1. BMI가 30kg/m², 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등 위험인자가 있는 경우 27kg/m² 이상인지 확인하셨나요? ☐
2. 식이요법 및/또는 운동요법에 반응하지 않는 환자의 보조요법으로 사용하는 것이 맞나요? ☐
3. 식욕억제제는 마약류에 해당하는 의약품으로 의존성이 있으며, 식이·운동요법의 보조요법으로 사용되어야 하며, 장기간 또는 병용투여시 심각한 부작용이 발생할 수 있음을 환자에게 설명하시고, 설명한 내용을 환자가 이해하셨나요? ☐
4. 환자의 병력을 확인하시어, 고혈압 등을 포함한 심혈관계 질환, 갑상샘 항진, 녹내장 증상이 있는지 확인하셨나요? ☐
5. 환자가 현재 다른 식욕억제제를 복용하고 있는지 확인하셨나요? ☐
6. 환자가 만 16세 이하의 소아이거나, 임부 또는 임신가능성이 있는 여성은 아닌가요? ☐
7. 이약은 암페타민류와 화학적, 약리학적으로 유사하여 오남용의 개연성이 있습니다.
환자의 오남용 경향이 의심되시는 경우 환자의 투약 내역을 확인해 보시기를 권고 드립니다.
* 의료용 마약류 빅데이터 활용서비스(data.nims.or.kr) 접속하여 환자의 과거 마약류 투약내역을 확인하여 오남용 우려 시 처방·투약하지 않을 수 있음 ☐
8. 4주분 이상의 약을 처방하지 않습니다. ☐
* 첫 4주 이내에 목표한 체중감량을 얻었을 경우(최소 1.8kg 이상 체중감량 등) 지속할 수 있으나, 최대 3개월을 초과하면 안됨.