

# 聊城市人民医院

Liaocheng People's Hospital

## 多巴胺受体激动剂治疗知情同意书

姓名	██████████	性别	女	年龄	53 岁	日期	2017-01-13
----	------------	----	---	----	------	----	------------

### 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 灼口综合征 疾病，需要使用多巴胺受体激动剂治疗。

患者口腔烧灼感晨轻暮重，在咀嚼、说话等口腔活动后减轻甚至缓解，参考既往文献，考虑灼口综合征特殊亚型，可尝试应用多巴胺受体激动剂普拉克索治疗。

### 治疗潜在风险和对策

医生告知我如下多巴胺受体激动剂治疗可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出。具体的治疗方案根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

我理解此治疗过程可能发生的风险：

- 我理解我可能出现全身性过敏反应：包括皮疹、颜面肿胀、喉部不适、咳嗽，有较小的机率出现血压下降、呼吸困难等。
- 我理解此治疗可能导致头晕、嗜睡和失眠等。
- 我理解此治疗可能导致幻觉、运动障碍、口干、便秘等。。
- 我理解此治疗可能导致恶心、呕吐等胃肠道刺激症状、肝功能异常等。
- 我理解我可能出现体位性低血压。
- 我理解此治疗对部分患者效果不佳。
- 一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

### 患者知情选择

我的医生已经告知我将要进行治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。

我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。

我并未得到治疗百分之百成功的许诺。

患者签名 ██████████ 签名日期 2017 年 1 月 13 日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名                      与患者关系                      签名日期                      年                      月                      日

### 医生陈述

我已经告知患者将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名                      签名日期 2017 年 1 月 13 日



# 聊城市人民医院

Liaocheng People's Hospital

## 多巴胺受体激动剂治疗知情同意书

姓名	██████████	性别	女	年龄	58 岁	日期	2017-08-05
<b>疾病介绍和治疗建议</b> 医生已告知我患有 <u>灼口综合征</u> 疾病，需要使用多巴胺受体激动剂治疗。  患者口腔烧灼感晨轻暮重，在咀嚼、说话等口腔活动后减轻甚至缓解，参考既往文献，考虑灼口综合征特殊亚型，可尝试应用多巴胺受体激动剂普拉克索治疗。							
<b>治疗潜在风险和对策</b> 医生告知我如下多巴胺受体激动剂治疗可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出。具体的治疗方案根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。 我理解此治疗过程可能发生的风险： a) 我理解我可能出现全身性过敏反应：包括皮疹、颜面肿胀、喉部不适、咳嗽，有较小的机率出现血压下降、呼吸困难等。 b) 我理解此治疗可能导致头晕、嗜睡和失眠等。 c) 我理解此治疗可能导致幻觉、运动障碍、口干、便秘等。。 d) 我理解此治疗可能导致恶心、呕吐等胃肠道刺激症状、肝功能异常等。 e) 我理解我可能出现体位性低血压。 f) 我理解此治疗对部分患者效果不佳。 g) 一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。							
<b>患者知情选择</b> 我的医生已经告知我将要进行治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。 我并未得到治疗百分之百成功的许诺。  患者签名 <u>██████████</u> 签名日期 <u>2017</u> 年 <u>8</u> 月 <u>5</u> 日 如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名 患者授权亲属签名 <u>                    </u> 与患者关系 <u>                    </u> 签名日期 <u>                    </u> 年 <u>                    </u> 月 <u>                    </u> 日							
<b>医生陈述</b> 我已经告知患者将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。  医生签名 <u>杜启翠</u> 签名日期 <u>2017</u> 年 <u>8</u> 月 <u>5</u> 日							



# 聊城市人民医院

Liaocheng People's Hospital

## 多巴胺受体激动剂治疗知情同意书

姓名	██████████	性别	男	年龄	49 岁	日期	2018-03-22
----	------------	----	---	----	------	----	------------

### 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 灼口综合征 疾病，需要使用多巴胺受体激动剂治疗。

患者口腔烧灼感晨轻暮重，在咀嚼、说话等口腔活动后减轻甚至缓解，参考既往文献，考虑灼口综合征特殊亚型，可尝试应用多巴胺受体激动剂普拉克索治疗。

### 治疗潜在风险和对策

医生告知我如下多巴胺受体激动剂治疗可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出。具体的治疗方案根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

我理解此治疗过程可能发生的风险：

- a) 我理解我可能出现全身性过敏反应：包括皮疹、颜面肿胀、喉部不适、咳嗽，有较小的机率出现血压下降、呼吸困难等。
- b) 我理解此治疗可能导致头晕、嗜睡和失眠等。
- c) 我理解此治疗可能导致幻觉、运动障碍、口干、便秘等。。
- d) 我理解此治疗可能导致恶心、呕吐等胃肠道刺激症状、肝功能异常等。
- e) 我理解我可能出现体位性低血压。
- f) 我理解此治疗对部分患者效果不佳。
- g) 一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

### 患者知情选择

我的医生已经告知我将要进行治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。

我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。

我并未得到治疗百分之百成功的许诺。

患者签名 ██████████ 签名日期 2018 年 3 月 22 日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名 ██████████

患者授权亲属签名 ██████████ 与患者关系 ██████████ 签名日期 2018 年 3 月 22 日

### 医生陈述

我已经告知患者将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名 杜启翠 签名日期 2018 年 3 月 22 日



# 聊城市人民医院

Liaocheng People's Hospital

## 多巴胺受体激动剂治疗知情同意书

姓名	██████████	性别	男	年龄	65 岁	日期	2018-07-13
----	------------	----	---	----	------	----	------------

### 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 灼口综合征 疾病，需要使用多巴胺受体激动剂治疗。

患者口腔烧灼感晨轻暮重，在咀嚼、说话等口腔活动后减轻甚至缓解，参考既往文献，考虑灼口综合征特殊亚型，可尝试应用多巴胺受体激动剂普拉克索治疗。

### 治疗潜在风险和对策

医生告知我如下多巴胺受体激动剂治疗可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出。具体的治疗方案根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

我理解此治疗过程可能发生的风险：

- 我理解我可能出现全身性过敏反应：包括皮疹、颜面肿胀、喉部不适、咳嗽，有较小的机率出现血压下降、呼吸困难等。
- 我理解此治疗可能导致头晕、嗜睡和失眠等。
- 我理解此治疗可能导致幻觉、运动障碍、口干、便秘等。
- 我理解此治疗可能导致恶心、呕吐等胃肠道刺激症状、肝功能异常等。
- 我理解我可能出现体位性低血压。
- 我理解此治疗对部分患者效果不佳。
- 一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

### 患者知情选择

我的医生已经告知我将要进行治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。

我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。

我并未得到治疗百分之百成功的许诺。

患者签名 ██████████ 签名日期 2018 年 7 月 13 日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名                      与患者关系                      签名日期                      年                      月                      日

### 医生陈述

我已经告知患者将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名 11/10 签名日期 2018 年 7 月 13 日



# 聊城市人民医院

Liaocheng People's Hospital

## 多巴胺受体激动剂治疗知情同意书

姓名	██████████	性别	女	年龄	62 岁	日期	2018-11-06
----	------------	----	---	----	------	----	------------

### 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 灼口综合征 疾病，需要使用多巴胺受体激动剂治疗。

患者口腔烧灼感晨轻暮重，在咀嚼、说话等口腔活动后减轻甚至缓解，参考既往文献，考虑灼口综合征特殊亚型，可尝试应用多巴胺受体激动剂普拉克索治疗。

### 治疗潜在风险和对策

医生告知我如下多巴胺受体激动剂治疗可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出。具体的治疗方案根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

我理解此治疗过程可能发生的风险：

- 我理解我可能出现全身性过敏反应：包括皮疹、颜面肿胀、喉部不适、咳嗽，有较小的机率出现血压下降、呼吸困难等。
- 我理解此治疗可能导致头晕、嗜睡和失眠等。
- 我理解此治疗可能导致幻觉、运动障碍、口干、便秘等。。
- 我理解此治疗可能导致恶心、呕吐等胃肠道刺激症状、肝功能异常等。
- 我理解我可能出现体位性低血压。
- 我理解此治疗对部分患者效果不佳。
- 一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

### 患者知情选择

我的医生已经告知我将要进行治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。

我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。

我并未得到治疗百分之百成功的许诺。

患者签名 ██████████ 签名日期 2018 年 11 月 6 日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名                      与患者关系                      签名日期                      年                      月                      日

### 医生陈述

我已经告知患者将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题

医生签名 杜启翠 签名日期 2018 年 11 月 6 日

# 聊城市人民医院

Liaocheng People's Hospital

## 多巴胺受体激动剂治疗知情同意书

姓名	██████████	性别	男	年龄	46 岁	日期	2019-05-12
----	------------	----	---	----	------	----	------------

### 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 灼口综合征 疾病，需要使用多巴胺受体激动剂治疗。

患者口腔烧灼感晨轻暮重，在咀嚼、说话等口腔活动后减轻甚至缓解，参考既往文献，考虑灼口综合征特殊亚型，可尝试应用多巴胺受体激动剂普拉克索治疗。

### 治疗潜在风险和对策

医生告知我如下多巴胺受体激动剂治疗可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出。具体的治疗方案根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

我理解此治疗过程可能发生的风险：

- 我理解我可能出现全身性过敏反应：包括皮疹、颜面肿胀、喉部不适、咳嗽，有较小的机率出现血压下降、呼吸困难等。
- 我理解此治疗可能导致头晕、嗜睡和失眠等。
- 我理解此治疗可能导致幻觉、运动障碍、口干、便秘等。。
- 我理解此治疗可能导致恶心、呕吐等胃肠道刺激症状、肝功能异常等。
- 我理解我可能出现体位性低血压。
- 我理解此治疗对部分患者效果不佳。
- 一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

### 患者知情选择

我的医生已经告知我将要进行治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。

我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。

我并未得到治疗百分之百成功的许诺。

患者签名 ██████████ 签名日期 2019 年 5 月 12 日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名                      与患者关系                      签名日期                      年                      月                      日

### 医生陈述

我已经告知患者将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名 杜启翠 签名日期 2019 年 5 月 12 日





# 聊城市人民医院

Liaocheng People's Hospital

## 多巴胺受体激动剂治疗知情同意书

姓名		性别	女	年龄	55 岁	日期	2019-10-20
----	--	----	---	----	------	----	------------

### 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 灼口综合征 疾病，需要使用多巴胺受体激动剂治疗。

患者口腔烧灼感晨轻暮重，在咀嚼、说话等口腔活动后减轻甚至缓解，参考既往文献，考虑灼口综合征特殊亚型，可尝试应用多巴胺受体激动剂普拉克索治疗。

### 治疗潜在风险和对策

医生告知我如下多巴胺受体激动剂治疗可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出。具体的治疗方案根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

我理解此治疗过程可能发生的风险：

- 我理解我可能出现全身性过敏反应：包括皮疹、颜面肿胀、喉部不适、咳嗽，有较小的机率出现血压下降、呼吸困难等。
- 我理解此治疗可能导致头晕、嗜睡和失眠等。
- 我理解此治疗可能导致幻觉、运动障碍、口干、便秘等。。
- 我理解此治疗可能导致恶心、呕吐等胃肠道刺激症状、肝功能异常等。
- 我理解我可能出现体位性低血压。
- 我理解此治疗对部分患者效果不佳。
- 一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

### 患者知情选择

我的医生已经告知我将要进行治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。

我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。

我并未得到治疗百分之百成功的许诺。

患者签名  签名日期 2019 年 10 月 20 日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名  与患者关系  签名日期 2019 年 10 月 20 日

### 医生陈述


我已经告知患者将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名 张 签名日期 2019 年 10 月 20 日

# 聊城市人民医院

Liaocheng People's Hospital

## 多巴胺受体激动剂治疗知情同意书

姓名	■■■■■	性别	女	年龄	57 岁	日期	2020-06-27
<b>疾病介绍和治疗建议</b> 医生已告知我患有 <u>灼口综合征</u> 疾病，需要使用多巴胺受体激动剂治疗。  患者口腔烧灼感晨轻暮重，在咀嚼、说话等口腔活动后减轻甚至缓解，参考既往文献，考虑灼口综合征特殊亚型，可尝试应用多巴胺受体激动剂普拉克索治疗。							
<b>治疗潜在风险和对策</b> 医生告知我如下多巴胺受体激动剂治疗可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出。具体的治疗方案根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。 我理解此治疗过程可能发生的风险： a) 我理解我可能出现全身性过敏反应：包括皮疹、颜面肿胀、喉部不适、咳嗽，有较小的机率出现血压下降、呼吸困难等。 b) 我理解此治疗可能导致头晕、嗜睡和失眠等。 c) 我理解此治疗可能导致幻觉、运动障碍、口干、便秘等。 d) 我理解此治疗可能导致恶心、呕吐等胃肠道刺激症状、肝功能异常等。 e) 我理解我可能出现体位性低血压。 f) 我理解此治疗对部分患者效果不佳。 g) 一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。							
<b>患者知情选择</b> 我的医生已经告知我将要进行治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。 我并未得到治疗百分之百成功的许诺。  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           患者签名 <u>■■■■■</u> </div> <div>           签名日期 <u>2020</u> 年 <u>6</u> 月 <u>27</u> 日         </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: -50px;">  </div> 如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名： 患者授权亲属签名 _____ 与患者关系 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日							
<b>医生陈述</b> 我已经告知患者将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           医生签名 <u>杜启翠</u> </div> <div>           签名日期 <u>2020</u> 年 <u>6</u> 月 <u>27</u> 日         </div> </div>							