

洛杉矶县心理健康局超低频 (ILF) 神经反馈治疗同意书

什么是超低频 (ILF) 神经反馈？

神经反馈已经有 30 多年的历史。神经反馈利用大脑自身的自我调节能力，是一种非侵入性的治疗方法。ILF 神经反馈专注于训练大脑的常规电活动（脑电波）。神经反馈的过程包括在您的头部放置传感器，以监测您的脑电波。其工作原理如下：

1. 检测：传感器会捕捉您的脑电波活动。
2. 反馈：这些信息会被发送到计算机程序，提供实时反馈。您可能会看到视觉提示（如同电子游戏），或通过放在腿上的会震动的毛绒玩具获得触觉反馈，或者听到根据您的脑活动变化的声音。
3. 引导：这些反馈有助于引导您的脑电波达到理想状态，从而有可能改善情绪、注意力和整体健康状况。

简而言之，神经反馈通过反馈机制促进积极变化，教会您的大脑以最健康的方式运作。

神经反馈治疗过程描述：

- 心理健康工作人员会询问客户希望改善哪些行为和症状。报告的行为和症状将决定输入计算机程序的信息以及头部/头皮上传感器的放置位置。
- 客户在整个治疗过程中会保持清醒并舒适地坐着。不会使用麻醉或镇静剂。
- 心理健康工作人员会在客户头部的某个部位放置传感器。将使用酒精、nu prep（一种温和的磨砂剂）清洁头皮，并涂抹导电膏以帮助传感器固定在头部。
- 在治疗过程中，传感器会记录脑电波，即大脑中的电活动。计算机程序利用脑电波生成反馈，客户将在电脑显示器上看到这些反馈。
- 在头上放置传感器的同时，客户会手持一个用于触觉反馈的物品（如会震动的毛绒玩具），同时观看视频或玩电子游戏以获得视觉反馈。
客户及其照护者将在每次治疗中通过报告症状和行为的方式，向心理健康工作人员反馈进展情况。
- 在治疗过程中，心理健康工作人员会密切监测客户，根据报告的信息提出问题并调整计算机程序。
- 在治疗过程中，传感器可能会更换到头部的不同部位，以应对所有已识别的症状和行为。治疗结束后，将使用水或医用酒精将传感器从头部取下。

本保密信息依据州和联邦法律法规向您提供，包括但不限于依据适用的《福利和机构守则》、《民法典》和《HIPAA（健康保险隐私及责任法案）隐私规范》。除非法律许可，否则未经患者/相关授权代表事先书面授权，不得复制本信息再行披露。当初始要求确立的目的达到之后，需将本信息销毁。

姓名：DMH 编号：

机构：提供者编号：

洛杉矶县 - 心理健康局

洛杉矶县心理健康局超低频 (ILF) 神经反馈治疗同意书

疗程次数及频率：

- 每次治疗可持续 30-60 分钟。如客户有任何疑虑，可随时选择终止治疗。
- 建议每周治疗 1-2 次，持续 3 至 6 个月。
- 根据客户的反应，疗程可能会超过 6 个月。大多数客户在初始疗程结束一年后仍会继续接受治疗以巩固进展。一年后可继续进行维护性治疗。

治疗/操作的潜在益处：

神经反馈可能有助于缓解或减少焦虑、抑郁、注意力缺陷多动障碍 (ADHD)、自闭症谱系障碍 (ASD) 和创伤后应激障碍 (PTSD) 的症状。可能包括：

- 情绪稳定性增强及更好的应对机制
- 注意力和专注力提升
- 记忆力和学习能力增强
- 认知处理和解决问题能力提升
- 睡眠质量改善及睡眠障碍减少
- 疼痛感知降低及疼痛管理改善
- 自我调节和行为控制能力提升

已知的潜在短期副作用包括但不限于：

- 头痛
- 易激惹
- 嗜睡
- 低能量
- 治疗部位头皮不适
- 睡眠紊乱或入睡困难
- 恶心

没有证据表明该治疗会产生长期不良副作用或有害。一些客户报告症状暂时加重，但这些症状并不严重，并且可以在治疗过程中得到纠正。如出现任何变化或不良反应，即使这些情况看似与治疗无关，请务必告知您的治疗提供者以便及时调整治疗方案。

药物：

请务必告知您的治疗提供者您正在服用的所有药物和补充剂，以及您常规用药方案的任何变化。由于神经反馈可以改善大脑功能，药物可能需要调整。未经您的处方医生监督，请勿自行停用或更改任何药物剂量。

本保密信息依据州和联邦法律法规向您提供，包括但不限于依据适用的《福利和机构守则》、《民法典》和《HIPAA（健康保险隐私及责任法案）隐私规范》。除非法律许可，否则未经患者/相关授权代表事先书面授权，不得复制本信息再行披露。当初始要求确立的目的达到之后，需将本信息销毁。

姓名：DMH 编号：

机构：提供者编号：

洛杉矶县 - 心理健康局

洛杉矶县心理健康局超低频 (ILF) 神经反馈治疗同意书

- ☐ 我已阅读此表格。
- ☐ 此表格已由他人向我宣读。
- ☐ 此表格已为我口译为_____。
- 如果客户和/或负责成年人签署了本表格的翻译版本，则必须将翻译版本附在英文版本之后。

已经向我解释了有关神经反馈的信息，包括其潜在的益处、风险和副作用，以及其他替代治疗方法。我同意接受此项治疗。我明白我可以在任何时候撤回同意。

_____	_____	
客户签名	日期	
_____	_____	_____
负责成年人签名*	与客户的关系	日期

*负责成年人 = 监护人、保护人，或在需要时为未成年人的父母。

我已向客户/负责成年人解释了第 1 页和第 2 页所提到的神经反馈的益处和副作用，并已获得其知情同意。

_____	_____
执业者签名及专业领域	日期

本保密信息依据州和联邦法律法规向您提供，包括但不限于依据适用的《福利和机构守则》、《民法典》和《HIPAA（健康保险隐私及责任法案）隐私规范》。除非法律许可，否则未经患者/相关授权代表事先书面授权，不得复制本信息再行披露。当初始要求确立的目的达到之后，需将本信息销毁。	姓名：	DMH 编号：
	机构：	提供者编号：
	洛杉矶县 - 心理健康局	