

洛杉磯縣精神衛生局超低頻 (ILF) 神經回饋治療同意書

什麼是超低頻 (ILF) 神經回饋？

神經回饋療法已經有 30 多年的歷史。神經回饋利用大腦自身的自我調節能力，是一種非侵入性的治療方法。ILF 神經回饋著重於訓練大腦的常態性電活動（腦波）。神經回饋是在您的頭部放置感測器以監測您的腦波活動的過程。其工作原理如下：

1. 檢測：感測器會捕捉您的腦波活動。
2. 回饋：這些資訊會傳送至電腦程式，提供即時回饋。您可能會看到視覺提示（類似電子遊戲），或透過放在大腿上的會震動的絨毛玩偶獲得觸覺回饋，或聽到會隨您的腦部活動改變的聲音。
3. 引導：這些回饋會協助引導您的腦波達到理想狀態，從而有助於改善情緒、注意力和整體健康狀況。

簡而言之，神經回饋透過回饋機制促進積極變化，教會您的大腦以最健康的方式運作。

神經回饋治療過程描述：

- 心理健康工作人員會詢問客戶希望改善哪些行為和症狀。所報告的行為和症狀將決定輸入電腦程式的資訊，以及頭部/頭皮上感測器的放置位置。
- 客戶在整個治療過程中將保持清醒並舒適地坐著。不會使用麻醉或鎮靜劑。
- 心理健康工作人員會在客戶頭部的某個部位放置感測器。將使用擦拭酒精和nu prep（一種溫和的磨砂劑）清潔頭皮，並塗抹導電膏以幫助感測器固定在頭部。
- 在治療過程中，感測器會記錄腦波，即大腦中的電活動。電腦程式利用腦波生成回饋，客戶將在電腦顯示器上看到這些回饋。
- 在頭上放置感測器的同時，客戶會手持一個用於觸覺回饋的物品（如會震動的絨毛玩偶），同時觀看視頻或玩電子遊戲以獲得視覺回饋。
客戶及其照顧者將在每次治療中透過報告症狀和行為的方式，向心理健康工作人員回饋進展情況。
- 在治療過程中，心理健康工作人員會密切監測客戶，根據報告的資訊提出問題並調整電腦程式。
- 在治療過程中，感測器可能會更換到頭部的不同部位，以應對所有已識別的症狀和行為。治療結束後，將使用清水或擦拭酒精將感測器從頭部取下。

本保密資訊依據州和聯邦法律法規向您提供，包括但不限於依據適用的《福利和機構守則》、《民法典》和《健康保險可攜及責任法》(HIPAA) 隱私標準。除法律另有許可外，未經相關客戶/授權代表的事先書面授權，不得複製此資訊用於進一步披露。在完成原始申請的目的後，需銷毀此資訊。

姓名：DMH 編號：
機構：提供者編號：
洛杉磯縣精神衛生局

洛杉磯縣精神衛生局超低頻 (ILF) 神經回饋治療同意書

治療次數及頻率：

- 每次治療可持續 30-60 分鐘。如客戶有任何疑慮，可隨時要求停止治療。
- 建議每週治療 1-2 次，持續 3 至 6 個月。
- 根據客戶的回饋，療程可能會持續超過 6 個月。大多數客戶在初始療程結束一年後仍會繼續接受治療以維持成效。一年後可繼續進行維持性治療。

治療/處置的潛在益處：

神經回饋可能有助於緩解或減少焦慮、憂鬱、注意力不足過動症 (ADHD)、自閉症譜系障礙 (ASD) 和創傷後壓力症候群 (PTSD) 的症狀。可能包括：

- 情緒穩定性增強及更好的應對機制
- 注意力和專注力提升
- 記憶力和學習能力增強
- 認知處理和解決問題能力提升
- 睡眠品質改善及睡眠障礙減少
- 疼痛感下降與疼痛管理改善
- 自我調節和行為控制能力提升

已知的潛在短期副作用包括但不限於：

- 頭痛
- 易怒
- 昏沉
- 精神不濟
- 治療部位頭皮不適
- 睡眠失調或入睡困難
- 噁心

沒有證據表明該治療會產生長期不良副作用或有害。一些客戶報告症狀暫時加重，但這些症狀並不嚴重，可在治療過程中得到糾正。如出現任何變化或不良反應，即使這些情況看似與治療無關，請務必告知您的治療提供者以便及時調整治療方案。

藥物：

請務必告知您的治療提供者您正在服用的所有藥物和補充劑，以及您常規用藥方案的任何變化。由於神經回饋可以改善大腦功能，藥物可能需要調整。未經您的處方醫師監督，請勿自行停用或更改任何藥物劑量。

本保密資訊依據州和聯邦法律法規向您提供，包括但不限於依據適用的《福利和機構守則》、《民法典》和《健康保險可攜及責任法》(HIPAA) 隱私標準。除法律另有許可外，未經相關客戶/授權代表的事先書面授權，不得複製此資訊用於進一步披露。在完成原始申請的目的後，需銷毀此資訊。

姓名：DMH 編號：
機構：提供者編號：
洛杉磯縣精神衛生局

洛杉磯縣精神衛生局超低頻 (ILF) 神經回饋治療同意書

- ☐ 我已閱讀此表格。
- ☐ 此表格已由他人向我宣讀。
- ☐ 此表格已為我口譯為_____。
- 如果客戶和/或負責成年人簽署了本表格的翻譯版本，則必須將翻譯版本附在英文版本之後。

已經向我解釋了有關神經回饋的資訊，包括其潛在的益處、風險和副作用，以及其他替代治療方法。我同意接受此項治療。我明白我可以在任何時候撤回同意。

_____ 客戶簽名	_____ 日期	
_____ 負責成年人簽名*	_____ 與客戶的關係	_____ 日期

*負責成年人 = 監護人、保護人，或在需要時為未成年人的父母。

我已向客戶/負責成年人解釋了第 1 頁和第 2 頁所提到的神經回饋的益處和副作用，並已獲得其知情同意。

_____ 執業者簽名及專業領域	_____ 日期
---------------------	-------------

本保密資訊依據州和聯邦法律法規向您提供，包括但不限於依據適用的《福利和機構守則》、《民法典》和《健康保險可攜及責任法》(HIPAA) 隱私標準。除法律另有許可外，未經相關客戶/授權代表的事先書面授權，不得複製此資訊用於進一步披露。在完成原始申請的目的後，需銷毀此資訊。

姓名：	DMH 編號：
機構：	提供者編號：
洛杉磯縣精神衛生局	