

로스앤젤레스 카운티 정신건강국 초저주파(ILF) 뉴로피드백 치료 동의서

초저주파(ILF) 뉴로피드백이란 무엇입니까?

뉴로피드백은 30년 이상 시행되어 왔습니다. 뉴로피드백은 뇌의 자가 조절 능력을 활용하는 비침습적 치료입니다. ILF 뉴로피드백은 뇌의 정상적인 전기 활동(뇌파)을 훈련하는 데 중점을 둡니다. 뉴로피드백은 뇌파를 모니터링하기 위해 머리에 센서를 부착하는 과정을 포함합니다. 다음과 같은 방식으로 진행됩니다.

1. 감지: 센서가 뇌파 활동을 감지합니다.
2. 피드백: 이 정보는 실시간 피드백을 제공하는 컴퓨터 프로그램으로 전송됩니다. 비디오 게임과 같은 시각적 신호를 보거나, 무릎 위에 올려둔 인형이 흔들리는 촉각적 피드백을 경험하거나, 뇌 활동에 따라 변화하는 소리를 들을 수 있습니다.
3. 안내: 피드백은 뇌파가 목표 상태로 조정되도록 유도하며, 기분, 집중력, 전반적 건강 상태를 개선하는 데 도움이 될 수 있습니다.

즉, 뉴로피드백은 피드백을 활용해 긍정적 변화를 유도함으로써 뇌가 최적의 상태로 작동하도록 학습시킵니다.

뉴로피드백 세션 설명:

- 정신건강 직원은 고객이 개선을 원하는 행동과 증상에 대해 질문할 것입니다. 보고된 행동과 증상으로 컴퓨터 프로그램에 입력될 정보와 머리/두피에 부착될 센서 위치를 결정합니다.
- 세션 동안 고객은 깨어 있는 상태로 편안하게 착석하게 됩니다. 마취나 진정제는 사용되지 않습니다.
- 정신건강 직원이 고객의 머리 특정 부위에 센서를 부착할 것입니다. 해당 부위는 소독용 알코올과 Nu prep(약한 연마제)으로 깨끗이 닦은 후, 센서가 머리에 잘 부착되도록 페이스트를 바르게 됩니다.
- 세션 중 센서는 뇌에서 발생하는 전기 활동인 뇌파를 측정하여 기록합니다. 컴퓨터 프로그램은 뇌파를 기반으로 피드백을 만들어 내며, 고객은 이를 컴퓨터 모니터를 통해 확인하게 됩니다.
- 센서가 머리에 부착되어 있는 동안, 촉각 피드백을 위해 진동하는 인형을 손에 쥐고, 시각적 피드백을 위해 비디오를 보거나 비디오 게임을 하게 됩니다. 고객과 보호자는 매 세션마다 증상과 행동을 보고하여 진행 상황을 정신건강 직원에게 업데이트할 것입니다.
- 세션 중 정신건강 담당자는 고객을 주의 깊게 모니터링하고, 보고된 정보에 따라 질문을 하거나 컴퓨터 프로그램을 변경합니다.
- 세션 동안 파악된 증상 및 행동을 모두 처리하기 위해 센서 위치를 머리의 여러 부위로 변경할 수 있습니다. 세션이 완료되면, 물 또는 소독용 알코올을 사용해 센서를 머리에서 제거합니다.

본 기밀 정보는 해당 복지 및 기관법(Welfare and Institutions Code), 민법, HIPAA 개인정보 보호 기준을 포함하나 이에만 국한되지 않는 주 및 연방법 및 규정에 따라 귀하에게 제공되었습니다. 법률이 허용하는 경우를 제외하고, 해당 서비스 이용자나 승인된 대리인의 사전 서면 동의 없이는 이 정보를 복사하여 다른 사람에게 추가로 공개할 수 없습니다. 원본 요청의 명시된 목적이 달성된 후에는 본 정보를 반드시 파기해야 합니다.

이름:

DMH ID#:

기관:

의료 서비스 제공자 #:

로스앤젤레스 카운티 - 정신건강국

로스앤젤레스 카운티 정신건강국 초저주파(ILF) 뉴로피드백 치료 동의서

세션 횟수 및 빈도:

- 세션은 30~60분 동안 진행될 수 있습니다. 고객이 걱정되는 사항이 있을 경우, 언제든지 세션을 중단할 수 있습니다.
- 주 1~2회의 치료를 3~6개월 동안 진행할 것을 권장합니다.
- 고객의 반응에 따라 세션이 6개월 이상 지속될 수 있습니다. 대부분의 고객은 초기 치료 과정을 마친 후에도 진행을 계속하기 위해 1년간 치료를 유지합니다. 유지 세션은 1년 이후에도 계속될 수 있습니다.

치료/시술의 잠재적 이점:

뉴로피드백은 불안, 우울증, ADHD, 자폐 스펙트럼 장애(ASD), 외상 후 스트레스 장애(PTSD) 증상을 개선하거나 줄이는 데 도움이 될 수 있습니다. 여기에는 다음 사항이 포함될 수 있습니다.

- 정서적 안정성의 증진과 보다 효과적인 대처 기전의 향상
- 집중력 향상과 주의 지속 능력의 증진
- 기억력과 학습 능력의 강화
- 인지 처리의 정교화와 문제 해결 능력의 강화
- 수면의 질 향상 및 수면 장애 감소
- 통증 인지 감소 및 통증 관리
- 자기 조절 및 행동 통제 능력 향상

알려진 잠재적 단기 부작용은 다음을 포함하지만 이에 국한되지는 않습니다.

- 두통
- 과민성
- 몽롱함
- 에너지 저하
- 치료 부위의 두피 불편감
- 수면 방해 또는 수면 곤란
- 메스꺼움

장기적인 부정적 부작용이나 치료가 해롭다는 증거는 없습니다. 일부 고객은 경미하고 세션 동안 조정이 가능한 일시적 증상 악화를 보고했습니다. 치료와 관련 없어 보이더라도, 어떤 변화나 부정적 영향이 있을 경우 치료 조정이 가능하도록 의료 서비스 제공자에게 반드시 알려야 합니다.

의약품:

복용 중인 약과 영양 보충제뿐 아니라 기존 복용 일정의 변화가 있다면 반드시 의료 서비스 제공자에게 알려야 합니다. 뉴로피드백으로 인해 뇌 기능이 개선될 수 있으므로, 의약품 용량 또는 처방이 조정될 가능성이 있습니다. 처방 의사의 지시 없이 약 복용을 중단하거나 용량을 바꾸지 마십시오.

본 기밀 정보는 해당 복지 및 기관법(Welfare and Institutions Code), 민법, HIPAA 개인정보 보호 기준을 포함하나 이에만 국한되지 않는 주 및 연방법 및 규정에 따라 귀하에게 제공되었습니다. 법률이 허용하는 경우를 제외하고, 해당 서비스 이용자가 승인된 대리인의 사전 서면 동의 없이는 이 정보를 복사하여 다른 사람에게 추가로 공개할 수 없습니다. 원본 요청의 명시된 목적이 달성된 후에는 본 정보를 반드시 파기해야 합니다.

이름:

DMH ID#:

기관:

의료 서비스 제공자 #:

로스앤젤레스 카운티 - 정신건강국

로스앤젤레스 카운티 정신건강국 초저주파(ILF) 뉴로피드백 치료 동의서

- ☐ 저는 이 양식을 읽었습니다.
- ☐ 이 양식을 저에게 읽어주었습니다.
- ☐ 이 양식은 저를 위해 _____로 통역되었습니다.
이 양식의 번역본에 고객 및/또는 책임 성인이 서명한 경우, 그 번역본은 영어본에 첨부되어야 합니다.

잠재적 이점, 위험 및 부작용, 대체 치료를 포함한 뉴로피드백에 대한 정보 설명을 들었습니다. 저는 이 치료에 참여하는 데 동의합니다. 저는 언제든지 동의를 철회할 수 있음을 이해합니다.

_____	_____
고객 서명	날짜
_____	_____
책임 성인* 서명	고객과의 관계
_____	_____
	날짜

* 책임 성인 = 필요 시 보호자, 후견인 또는 미성년자의 부모를 의미합니다.

저는 1, 2페이지에서 설명된 뉴로피드백의 이점 및 부작용을 안내하였고, 고객 또는 책임 성인의 고지에 입각한 동의를 받았습니다.

_____	_____
임상의 서명 및 전문 분야	날짜

본 기밀 정보는 해당 복지 및 기관법(Welfare and Institutions Code), 민법, HIPAA 개인정보 보호 기준을 포함하나 이에만 국한되지 않는 주 및 연방법 및 규정에 따라 귀하에게 제공되었습니다. 법률이 허용하는 경우를 제외하고, 해당 서비스 이용자나 승인된 대리인의 사전 서면 동의 없이는 이 정보를 복사하여 다른 사람에게 추가로 공개할 수 없습니다. 원본 요청의 명시된 목적이 달성된 후에는 본 정보를 반드시 파기해야 합니다.

이름:	DMH ID#:
기관:	의료 서비스 제공자 #:
로스앤젤레스 카운티 - 정신건강국	