



洛杉磯縣精神衛生局 經顱磁刺激（TMS）治療知情同意書

什麼是經顱磁刺激（TMS）？

經顱磁刺激（TMS）結合了神經科學領域的最新進展，用於幫助治療患有抑鬱症的服務對象。TMS治療使用一種儀器，向控制情緒的特定腦區發放短暫的電磁脈衝。抑鬱症服務對象的這些腦區可能活動不足或異常活躍。TMS脈衝有助刺激這些腦區的神經元（腦細胞），透過隨時間改變其活動水平來幫助改善情緒。

治療流程及治療計劃說明

- **舒適度與環境：**服務對象在治療過程中保持清醒，並舒適地坐著。治療不使用麻醉或鎮靜劑。
- **線圈放置與劑量：**將一個電磁線圈放置在頭皮上。首先會進行初步測試，以確定合適的磁脈衝劑量。隨後將線圈定位在控制情緒的特定腦區上方。
- **感覺與聲音：**儀器會發出咔嗒聲，並使頭皮產生輕叩的感覺。我們會為你提供耳塞，以減少噪音影響。
- **治療時長與監測：**每次治療持續30至40分鐘。工作人員將全程在場。你可以隨時要求停止治療。
- **治療頻率與療程：**建議頻率為每週5天，持續4至6週。視乎臨床反應，可能會提供頻率較低的維持治療。
- **持續評估：**服務對象每週須填寫情緒評定量表。精神科醫生將每週評估治療進展，並與你討論治療方案的更新。

潛在獲益、風險與替代方案

潛在獲益：

TMS有助減輕或緩解抑鬱症狀，並增強對其他抑鬱症治療（如藥物治療和心理治療）的反應。

已知風險和副作用：

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">● 頭痛● 治療部位頭皮不適● 聽力損失● 耳鳴加重● 睡眠困難● 抑鬱情緒加重或出現躁狂 | <ul style="list-style-type: none">● 癲癇發作● 情緒無改善● 停止治療後症狀可能復發● 自殺意念● 你可能需要接受額外的檢查或治療 |
|--|---|

替代治療方案：

抑鬱症的替代治療方案包括精神藥物治療、心理治療以及電痙攣治療（ECT）。

本保密資料是根據州和聯邦法律法規向你提供的，包括但不限於適用的《福利與機構法典》（Welfare and Institutions code）、《民法典》（Civil Code）以及《健康保險流通與責任法案》（HIPAA）私隱標準。未經有關服務對象/授權代理人事先書面許可，不得複製本資料作進一步披露，法律另有規定者除外。本資料在完成原申請所述目的後，須予以銷毀。

姓名：_____ 身分識別號碼：_____

機構：_____ 服務提供者編號：_____

洛杉磯縣 – 精神衛生局

知情同意與確認		
語言/閱讀情況確認： ☐ 我已閱讀本表格 ☐ 他人已向本人宣讀本表 ☐ 他人已用_____（語言）為我口譯本表格。 <i>（註：如已簽署本表格的翻譯版本，請將其附於此英文版本後。）</i>		
<u>服務對象/負責成年人確認：</u> 已向我說明TMS的相關資料，包括潛在獲益、風險、副作用及替代治療方案。我同意接受本治療。我理解我可以隨時撤回同意。		
服務對象簽署：	服務對象姓名（請用印刷體填寫）：	日期：
父母/法定監護人/受託人簽署：	與服務對象的關係：	日期：
<u>醫療從業人員聲明：</u> 我已按上述內容向服務對象或負責成年人說明TMS的獲益、副作用及風險，並已取得其知情同意。		
醫療從業人員簽署：	姓名（請用印刷體填寫）及專業類別：	日期：

本保密資料是根據州和聯邦法律法規向你提供的，包括但不限於適用的《福利與機構法典》（Welfare and Institutions code）、《民法典》（Civil Code）以及《健康保險流通與責任法案》（HIPAA）私隱標準。未經有關服務對象/授權代理人事先書面許可，不得複製本資料作進一步披露，法律另有規定者除外。本資料在完成原申請所述目的後，須予以銷毀。	姓名：_____ 身分識別號碼：_____ 機構：_____ 服務提供者編號：_____ 洛杉磯縣 – 精神衛生局
--	--