



로스앤젤레스 카운티 정신건강부

경두개 자기자극술(TMS) 치료 동의서

경두개 자기자극술(TMS)이란 무엇입니까?

경두개 자기자극술(Transcranial Magnetic Stimulation, TMS)은 최근의 신경과학 발전을 활용하여 우울증을 치료하는 데 도움을 주는 치료법입니다. TMS 치료는 기기를 사용하여 기분을 조절하는 뇌의 특정 부위에 짧은 전자기 펄스를 전달하는 방법입니다. 우울증이 있는 환자의 경우 이러한 뇌 영역의 활동이 저하되어 있거나 비정상적으로 증가되어 있을 수 있습니다. TMS 펄스는 해당 영역의 신경세포(뇌세포)를 자극하여 시간이 지남에 따라 신경세포의 활동 수준을 변화시키고, 이를 통해 기분을 개선하는 데 도움을 줍니다.

시술 및 치료 계획

- **환자의 편의 및 치료 환경:** 환자는 의식이 깨어 있는 상태로 편안하게 착석합니다. 마취 또는 진정은 시행하지 않습니다.
- **코일 배치 및 자극 강도 설정:** 전자기 코일을 두피에 위치시킵니다. 자기 펄스의 적절한 강도를 결정하기 위한 초기 검사를 실시합니다. 이후 코일을 기분을 조절하는 뇌의 특정 부위 위에 위치시킵니다.
- **감각 및 소리:** 기기 작동 시 딸깍거리는 소리와 두피를 두드리는 듯한 느낌이 발생합니다. 소음을 줄이기 위해 귀마개를 제공합니다.
- **치료 시간 및 모니터링:** 각 치료 세션은 30~40분간 진행됩니다. 치료 전 과정에 걸쳐 담당 직원이 함께합니다. 귀하는 언제든지 시술 중단을 요청할 수 있습니다.
- **치료 빈도 및 기간:** 권장 치료 빈도는 주 5회, 4~6주간입니다. 임상적 반응에 따라 치료 빈도를 줄인 유지 치료를 시행할 수 있습니다.
- **지속적인 평가:** 환자는 매주 기분 평가 척도를 작성합니다. 정신건강의학과 전문의가 매주 치료 경과를 검토하고 치료 내용의 변경 또는 조정 사항을 논의합니다.

잠재적 유익성, 위험성 및 대안

잠재적 유익성:

TMS는 우울증 증상을 감소시키거나 완화하는 데 도움을 줄 수 있으며, 약물치료 및 정신치료와 같은 다른 우울증 치료에 대한 치료 반응을 향상시키는 데 도움을 줄 수 있습니다.

알려진 위험성 및 부작용:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 두통 • 치료 부위의 두피 불편감 • 청력 손실 • 이명 악화 | <ul style="list-style-type: none"> • 발작 • 기분의 호전이 나타나지 않음 • 치료를 중단할 경우 증상이 재발할 수 있음 • 자살 생각 |
|---|---|

본 기밀정보는 관련 복지 및 기관법(Welfare and Institutions Code), 민법(Civil Code) 및 HIPAA 개인정보 보호 기준을 비롯하여 이에 한정되지 않는 주 및 연방의 법률과 규정에 따라 귀하에게 제공되는 것입니다. 본 정보가 적용되는 의뢰인 또는 권한을 부여받은 대리인의 사전 서면 승인이 없는 한, 추가 공개를 목적으로 본 정보를 복제하는 것은 금지됩니다. 다만, 법률에 따라 달리 허용되는 경우에는 그러하지 아니합니다. 원래 요청의 명시된 목적이 달성된 후에는 본 정보를 폐기하여야 합니다.

성명: _____ ID 번호: _____

기관명: _____ 제공자 번호: _____

로스앤젤레스 카운티 - 정신건강국

- 수면 장애 - 우울한 기분의 악화 또는 조증의 발생	추가적인 검사 또는 치료가 필요할 수 있음	
대안 치료 방법: 우울증에 대한 대체 치료 방법으로는 정신작용 약물치료, 정신치료 및 전기경련치료(Electroconvulsive Therapy, ECT)가 있습니다.		
충분한 설명에 따른 동의 및 확인		
언어/읽음 확인: ☐ 본인은 이 양식을 읽었습니다. ☐ 본인에게 이 양식을 읽어 주었습니다. ☐ 본인을 위하여 이 양식을 _____ (언어명)로 통역하였습니다. (참고: 본 양식의 번역본에 서명한 경우, 해당 번역본을 본 영문본에 첨부하십시오.)		
환자/책임 있는 성인의 확인: TMS의 잠재적 유익성, 위험성, 부작용 및 대체 치료 방법을 포함하여 TMS에 관한 설명을 들었습니다. 본인은 이 치료에 참여하는 것에 동의합니다. 본인은 언제든지 동의를 철회할 수 있음을 이해합니다.		
환자 서명:	환자 성명(정자체):	날짜:
부모/법정 후견인/후견인 서명:	환자와의 관계:	날짜:
의료진 확인: 본인은 위에 명시된 바와 같이 TMS의 유익성, 부작용 및 위험성에 대해 설명하였으며, 환자 또는 책임 있는 성인으로부터 충분한 설명에 따른 동의를 받았습니다.		
의료진 서명:	의료진 성명(정자체) 및 직종:	날짜:

본 기밀정보는 관련 복지 및 기관법(Welfare and Institutions Code), 민법(Civil Code) 및 HIPAA 개인정보 보호 기준을 비롯하여 이에 한정되지 않는 주 및 연방의 법률과 규정에 따라 귀하에게 제공되는 것입니다. 본 정보가 적용되는 의뢰인 또는 권한을 부여받은 대리인의 사전 서면 승인이 없는 한, 추가 공개를 목적으로 본 정보를 복제하는 것은 금지됩니다. 다만, 법률에 따라 달리 허용되는 경우에는 그러하지 아니합니다. 원래 요청의 명시된 목적이 달성된 후에는 본 정보를 폐기하여야 합니다.	성명: _____ ID 번호: _____ 기관명: _____ 제공자 번호: _____ 로스앤젤레스 카운티 – 정신건강국
--	--