



Sở Sức khỏe Tâm thần Quận Los Angeles Giấy chấp thuận điều trị bằng kích thích từ xuyên sọ (TMS)

Điều trị bằng kích thích từ xuyên sọ (TMS) là gì?

Kích thích từ xuyên sọ (TMS) kết hợp những tiến bộ gần đây trong khoa học thần kinh để hỗ trợ điều trị cho bệnh nhân mắc chứng trầm cảm. Liệu pháp TMS sử dụng một thiết bị phát ra các xung điện từ ngắn đến các vùng não được chọn lọc có chức năng điều khiển tâm trạng. Ở những bệnh nhân bị trầm cảm, các vùng não này có thể hoạt động kém hoặc hoạt động bất thường. Các xung TMS giúp kích thích các tế bào thần kinh (tế bào não) ở những vùng đó để cải thiện tâm trạng bằng cách thay đổi mức độ hoạt động của chúng theo thời gian.

Mô tả quy trình và kế hoạch điều trị

- **Sự thoải mái và môi trường dành cho khách hàng:** Khách hàng sẽ tỉnh táo và được ngồi ở vị trí thoải mái. Không sử dụng thuốc gây mê hoặc thuốc an thần.
- **Vị trí đặt cuộn dây và liều lượng:** Một cuộn dây điện từ được đặt trên da đầu. Một thử nghiệm ban đầu được tiến hành để xác định liều lượng xung từ trường thích hợp. Sau đó, cuộn dây được đặt vào vị trí cụ thể trên vùng não kiểm soát tâm trạng.
- **Cảm giác & Âm thanh:** Thiết bị tạo ra tiếng lách cách và cảm giác gõ nhẹ trên da đầu. Nút bịt tai được cung cấp để giảm tiếng ồn.
- **Thời lượng & Giám sát:** Mỗi buổi trị liệu kéo dài 30–40 phút. Nhân viên sẽ có mặt trong suốt quá trình điều trị. Quý vị có thể yêu cầu dừng thủ thuật bất cứ lúc nào.
- **Tần suất và thời gian:** Tần suất khuyến nghị là 5 ngày một tuần trong 4-6 tuần. Liệu pháp điều trị duy trì với tần suất giảm có thể được áp dụng tùy thuộc vào đáp ứng lâm sàng.
- **Đánh giá liên tục:** Khách hàng sẽ điền vào thang đo đánh giá tâm trạng hàng tuần. Bác sĩ tâm thần sẽ xem xét tiến trình và thảo luận về những cập nhật điều trị hàng tuần.

Lợi ích tiềm năng, rủi ro và các lựa chọn thay thế

Lợi ích tiềm năng:

TMS có thể giúp giảm hoặc làm dịu các triệu chứng trầm cảm và tăng cường hiệu quả điều trị các phương pháp điều trị trầm cảm khác (như thuốc và liệu pháp tâm lý).

Các rủi ro và tác dụng phụ đã biết:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Đau đầu• Cảm giác khó chịu ở da đầu tại vị trí điều trị• Mất thính lực• Tình trạng ù tai trở nên trầm trọng hơn• Khó ngủ• Tâm trạng chán nản trở nên trầm trọng hơn hoặc xuất hiện chứng hưng cảm | <ul style="list-style-type: none">• Co giật• Tâm trạng không được cải thiện• Các triệu chứng của quý vị có thể tái phát nếu ngừng điều trị• Suy nghĩ tự sát• Quý vị có thể cần thêm các xét nghiệm hoặc điều trị khác |
|--|---|

Thông tin bảo mật này được cung cấp cho quý vị theo đúng luật và quy định của Tiểu bang và Liên bang, bao gồm nhưng không giới hạn ở Bộ luật Phúc lợi và Thẻ chề, Bộ luật Dân sự và Tiêu chuẩn Bảo mật HIPAA hiện hành. Nghiêm cấm sao chép thông tin này để tiết lộ thêm nếu không có sự cho phép bằng văn bản trước đó của khách hàng/người đại diện được ủy quyền có liên quan, trừ trường hợp pháp luật cho phép. Việc hủy bỏ thông tin này là bắt buộc sau khi mục đích đã nêu trong yêu cầu ban đầu được hoàn thành.

Họ và tên: _____ ID: _____

Cơ quan: _____ Mã nhà cung cấp: _____

Quận Los Angeles – Sở Sức khỏe Tâm thần

Các phương pháp điều trị thay thế: Các phương pháp điều trị thay thế cho bệnh trầm cảm bao gồm thuốc hướng thần, liệu pháp tâm lý và liệu pháp sốc điện (ECT).

Các phương pháp điều trị thay thế: Các phương pháp điều trị thay thế cho bệnh trầm cảm bao gồm thuốc hướng thần, liệu pháp tâm lý và liệu pháp sốc điện (ECT).

Thỏa thuận đồng ý và xác nhận

Xác minh ngôn ngữ/kỹ năng đọc:

☐ **TÔI ĐÃ ĐỌC BIỂU MẪU NÀY**

☐ **TÔI ĐÃ ĐƯỢC NGHE ĐỌC BIỂU MẪU NÀY**

☐ **BIỂU MẪU NÀY ĐÃ ĐƯỢC DỊCH SANG _____ (Ngôn ngữ) CHO TÔI.**

(Lưu ý: Nếu có bản dịch của biểu mẫu này đã được ký, vui lòng đính kèm bản dịch đó vào bản tiếng Anh này.)

- Xác minh ngôn ngữ/kỹ năng đọc:**
- ☐ **TÔI ĐÃ ĐỌC BIỂU MẪU NÀY**
- ☐ **TÔI ĐÃ ĐƯỢC NGHE ĐỌC BIỂU MẪU NÀY**
- ☐ **BIỂU MẪU NÀY ĐÃ ĐƯỢC DỊCH SANG _____ (Ngôn ngữ) CHO TÔI.**
- (Lưu ý: Nếu có bản dịch của biểu mẫu này đã được ký, vui lòng đính kèm bản dịch đó vào bản tiếng Anh này.)*

Xác minh ngôn ngữ/kỹ năng đọc:

☐ **TÔI ĐÃ ĐỌC BIỂU MẪU NÀY**

☐ **TÔI ĐÃ ĐƯỢC NGHE ĐỌC BIỂU MẪU NÀY**

☐ **BIỂU MẪU NÀY ĐÃ ĐƯỢC DỊCH SANG _____ (Ngôn ngữ) CHO TÔI.**

(Lưu ý: Nếu có bản dịch của biểu mẫu này đã được ký, vui lòng đính kèm bản dịch đó vào bản tiếng Anh này.)

Xác nhận của Khách hàng/Người trưởng thành chịu trách nhiệm:

Tôi đã được giải thích rõ về phương pháp TMS, bao gồm những lợi ích tiềm năng, rủi ro, tác dụng phụ và các phương pháp điều trị thay thế. Tôi đồng ý tham gia vào liệu trình điều trị này. Tôi hiểu rằng tôi có thể rút lại sự đồng ý của mình bất cứ lúc nào.

Xác nhận của Khách hàng/Người trưởng thành chịu trách nhiệm:

Tôi đã được giải thích rõ về phương pháp TMS, bao gồm những lợi ích tiềm năng, rủi ro, tác dụng phụ và các phương pháp điều trị thay thế. Tôi đồng ý tham gia vào liệu trình điều trị này. Tôi hiểu rằng tôi có thể rút lại sự đồng ý của mình bất cứ lúc nào.

Chữ ký của Khách hàng:	Tên viết in hoa của khách hàng:	Ngày:
Chữ ký của Phụ huynh / Người giám hộ hợp pháp / Người quản lý tài sản:	Mối quan hệ với khách hàng:	Ngày:

Xác nhận của chuyên gia hành nghề:

Tôi đã giải thích những lợi ích, tác dụng phụ và rủi ro của TMS như đã nêu chi tiết ở trên, đồng thời đã nhận được sự đồng ý của khách hàng hoặc người lớn chịu trách nhiệm sau khi mọi người đã được cung cấp đầy đủ thông tin.

Xác nhận của chuyên gia hành nghề:

Tôi đã giải thích những lợi ích, tác dụng phụ và rủi ro của TMS như đã nêu chi tiết ở trên, đồng thời đã nhận được sự đồng ý của khách hàng hoặc người lớn chịu trách nhiệm sau khi mọi người đã được cung cấp đầy đủ thông tin.

Chữ ký của người hành nghề:	Tên in hoa và chuyên môn:	Ngày:
-----------------------------	---------------------------	-------

Thông tin bảo mật này được cung cấp cho quý vị theo đúng luật và quy định của Tiểu bang và Liên bang, bao gồm nhưng không giới hạn ở Bộ luật Phúc lợi và Thể chế, Bộ luật Dân sự và Tiêu chuẩn Bảo mật HIPAA hiện hành. Nghiêm cấm sao chép thông tin này để tiết lộ thêm nếu không có sự cho phép bằng văn bản trước đó của khách hàng/người đại diện được ủy quyền có liên quan, trừ trường hợp pháp luật cho phép. Việc hủy bỏ thông tin này là bắt buộc sau khi mục đích đã nêu trong yêu cầu ban đầu được hoàn thành.	Họ và tên: _____ ID: _____ Cơ quan: _____ Mã nhà cung cấp: _____ Quận Los Angeles – Sở Sức khỏe Tâm thần
---	--

Thông tin bảo mật này được cung cấp cho quý vị theo đúng luật và quy định của Tiểu bang và Liên bang, bao gồm nhưng không giới hạn ở Bộ luật Phúc lợi và Thể chế, Bộ luật Dân sự và Tiêu chuẩn Bảo mật HIPAA hiện hành. Nghiêm cấm sao chép thông tin này để tiết lộ thêm nếu không có sự cho phép bằng văn bản trước đó của khách hàng/người đại diện được ủy quyền có liên quan, trừ trường hợp pháp luật cho phép. Việc hủy bỏ thông tin này là bắt buộc sau khi mục đích đã nêu trong yêu cầu ban đầu được hoàn thành.	Họ và tên: _____ ID: _____ Cơ quan: _____ Mã nhà cung cấp: _____ Quận Los Angeles – Sở Sức khỏe Tâm thần
---	--

Thông tin bảo mật này được cung cấp cho quý vị theo đúng luật và quy định của Tiểu bang và Liên bang, bao gồm nhưng không giới hạn ở Bộ luật Phúc lợi và Thể chế, Bộ luật Dân sự và Tiêu chuẩn Bảo mật HIPAA hiện hành. Nghiêm cấm sao chép thông tin này để tiết lộ thêm nếu không có sự cho phép bằng văn bản trước đó của khách hàng/người đại diện được ủy quyền có liên quan, trừ trường hợp pháp luật cho phép. Việc hủy bỏ thông tin này là bắt buộc sau khi mục đích đã nêu trong yêu cầu ban đầu được hoàn thành.	Họ và tên: _____ ID: _____ Cơ quan: _____ Mã nhà cung cấp: _____ Quận Los Angeles – Sở Sức khỏe Tâm thần
---	--

Thông tin bảo mật này được cung cấp cho quý vị theo đúng luật và quy định của Tiểu bang và Liên bang, bao gồm nhưng không giới hạn ở Bộ luật Phúc lợi và Thể chế, Bộ luật Dân sự và Tiêu chuẩn Bảo mật HIPAA hiện hành. Nghiêm cấm sao chép thông tin này để tiết lộ thêm nếu không có sự cho phép bằng văn bản trước đó của khách hàng/người đại diện được ủy quyền có liên quan, trừ trường hợp pháp luật cho phép. Việc hủy bỏ thông tin này là bắt buộc sau khi mục đích đã nêu trong yêu cầu ban đầu được hoàn thành.	Họ và tên: _____ ID: _____ Cơ quan: _____ Mã nhà cung cấp: _____ Quận Los Angeles – Sở Sức khỏe Tâm thần
---	--