

【项目名称】 rTMS 治疗对双相障碍患者认知功能和临床预后的影响

知情同意书

【项目介绍】

经颅磁刺激(rTMS)是一种无创、无痛、安全的无创刺激技术，可用于多种精神心理障碍和神经系统疾病的检查和治疗，安全性好。该治疗方法是利用一定的时变磁场在脑内诱发电场，产生感应电流，干扰或促进神经细胞的功能，通过不同频率及强度刺激大脑皮层，产生兴奋或抑制作用，并可调节局部脑血流代谢和脑内与情绪调节有关的神经递质，从而发挥治疗效果作用。请您在听取了医生的说明并充分考虑后再决定是否参加该研究。

【研究目的】

本研究评估 rTMS 治疗对双相障碍患者认知功能和临床预后的疗效。

【参与原则】

您参与本研究完全遵循自愿原则。

【试验过程】

研究开始前，我们将需要通过参考您相关的个人资料及检查结果，包括性别、年龄、出生年月日、身高、体重、联系方式、文化程度、婚姻状况等一般资料，您最主要的不适，与本次发病相关的病史，既往病史，家族史，个人史，合并用药等信息（如您是育龄妇女，还将进行尿妊娠试验检查），并进行一系列神经心理学评估。完成评估后，将进行和rTMS治疗。

【受益与风险】

参与本研究您可以得到下列益处：（1）免费进行rTMS治疗；（2）最为系统化的临床正规评定，（3）免费进行汉密顿抑郁量表（HAMD）\汉密顿焦虑量表（HAMA）\杨氏躁狂量表（YMS）\简明精神病评定量表（BPRS）等量表评定；（4）免费进行各种神经认知功能评定；（5）免费进行fMRI检查。

如果您参加本研究，我们希望您能按医生的医嘱完成相关检查。在研究过程中您可以中途退出本研究，我们不会因为您退出研究而影响对您或您的家人的治疗。

【保密原则】

您参与本研究的所有个人资料和观察记录均属保密，仅供本研究使用；试验期间，您可随时了解有关的信息资料，如在试验中需要咨询有关问题时,可与研究医师联系。

我已认真阅读该知情同意书，研究人员已向我做了详尽说明并解答了我的相关问题，我已充分知晓以上内容，同意参加研究。

受 试 者： _____ 日 期： _____
法定监护人： _____ 与受试者关系： _____
联 系 电 话： _____ 日 期： _____
研 究 医 生： _____ 联 系 电 话： _____
日 期： _____