

接受言语治疗的知情同意书

尊敬的家长：

我们谨此通知您，由于儿童精神科服务部门采用新的操作模式，对于被诊断有神经发育障碍的未成年人，其言语治疗的接诊方式将根据本机构的诊疗护理（PDTA）进行调整和优化

自 2025 年 6 月 1 日起，根据本服务部门制定的渐进式的实施计划，言语治疗将以持续结构化周期的形式开展，具体方式将根据儿童的年龄及其沟通能力为基础条件进行区分，直至儿童年满 10 岁 6 个月为止。

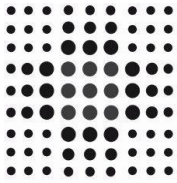
治疗方式（摘要）：

- 对 0-3 岁年龄段：采用心理教育治疗方式，结合必要时的辅助的以对言语的治疗和对教育支持。
- 对 3-6 岁 11 个月年龄段：提供每年两个周期，每周期 10 次的直接言语治疗。
- 对 7-8 岁 11 个月年龄段：提供个别或小组形式的直接言语治疗，10 次每一周期，目标明确，根据情况可重复进行。
- 9-10 岁 6 个月年龄段：采用间接言语治疗方式，每一年最多提供两次咨询（面向学校或家庭）。

此次调整意为着

- 干预将以周期性的进行（也可重复），以实现具体目标为导向，在一个周期与另一个周期之间设有间歇，并在定期进行评估。
- 对 9 岁以上的儿童优可先采用间接干预的方式，在此学校和家庭将发挥积极作用。

备 注：
每一种治疗的定义都将建立在以个性化的临床及能力培养目标的基础上，并与未成年人的特点、需求及发展状况保持一致。



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

*Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
Ambito Territoriale di Ravenna*

这种干预方式有助于提高治疗效果，促进孩子对日常生活的培养和学习能力的建立。

如您对以上的具体内容有疑问或需要更清楚的了解，我们将为您提供进一步的说明和咨询。

家长/监护人签名： _____

日期： __ 年 __ 月 __ 日

工作人员签名： _____