

Besöksregistrering Datum: \_\_\_\_\_ Vårdgivare: \_\_\_\_\_  
Patient: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

### **1. Besöksvariabler:**

Patienten är under besöket: ON OFF ON-OFF OFF-ON

Allmänt hälsotillstånd enligt vårdgivare (sätt kryss):

0 |-----| 100

Farmakologiskt behandlingssvar enligt patient:

God effekt Svag effekt 0 effekt Ej applicerbart

Farmakologiskt behandlingssvar enligt vårdgivare:

Dåligt Någorlunda Gott Mycket Gott Utmärkt Ej applicerbart

Hoehn&Yahr: \_\_\_\_\_

0. Inga tecken på sjukdom

1. Ensidiga symptom

1,5. Ensidigt + axiellt

2. Bilateralt, men normal balans

2,5. Bilaterala symptom, kan parera vid pull-test

3. Nedsatt balans men fysiskt oberoende

4. Svårt funktionshinder, men kan stå eller gå själv.

5. Sängliggande/fullt behov rullstol.

Motorkomplikationer Nej Ja

Förutsägbara Off-fluktuationer \_\_\_\_\_

Freezing \_\_\_\_\_

Dystoni \_\_\_\_\_

Dyskinesier \_\_\_\_\_

### **2. On-Off score (Om applicerbart)**

Vakna timmar: \_\_\_\_\_

Vakna timmar med dyskinesier: \_\_\_\_\_

Vakna timmar utan dyskinesier: \_\_\_\_\_

Vakna timmar OFF: \_\_\_\_\_

<u>Ickemotoriska symptom/komplikaationer</u>		Inga komplikationer _____
	Nej	Ja
Kognition – Mild kognitiv	_____	_____
Kognition – Parkinsondemens	_____	_____
Psykiatriska symptom		
– Hallucinationer/Psykos	_____	_____
– Ångest	_____	_____
– Depression	_____	_____
– Impulskontrollstörningar	_____	_____
Sömnstörningar		
– Insomni	_____	_____
– Dygnsrytmstörning	_____	_____
– RBD	_____	_____
Autonoma symptom		
– Neurogen ortostatisk hypotension	_____	_____

### 3. CISI-PD

	Normal	Very mild	Mild	Mild to moderate	Moderate	Severe	Very Severe
Motor signs	0	1	2	3	4	5	6
	Normal	Minimally slow/clumsy	Slow/clumsy no limitation	Limited in demanding act.	Needs some help with basic ADL	Needs help with most ADL	Severe limit, needs full assistance
Disability	0	1	2	3	4	5	6
	Normal	Very mild	Mild	Mild to moderate	Moderate	Severe	Very Severe
Motor Complic	0	1	2	3	4	5	6
	Normal	Minimal cognitive probl	Mild no limitation	Mild to moderate no need for help	Needs some help with basic ADL	Needs help with most ADL	Severe limit, needs full assistance
Cognition	0	1	2	3	4	5	6

Comments:

4. **EQ-5D** (Ringa in patientens svar eller låt pat själv fylla i)

Rörlighet:	<i>Jag kan gå utan svårighet</i>	<i>Jag kan gå med viss svårighet</i>	<i>Jag är sängliggande</i>
Hygien:	<i>Jag behöver ingen hjälp med daglig hygien, mat eller påklädning</i>	<i>Jag har vissa problem med att tvätta eller klä mig</i>	<i>Jag kan inte tvätta eller klä mig</i>
Huvudsakliga aktiviteter:	<i>Jag klarar dem bra</i>	<i>Jag har vissa problem</i>	<i>Jag klarar dem inte</i>
Smärtor/besvär:	<i>Jag har inga</i>	<i>Jag har måttliga</i>	<i>Jag har svåra</i>
Oro/nedstämdhet:	<i>Jag är inte orolig/nedstämd</i>	<i>I viss utsträckning</i>	<i>I högsta grad</i>
Global health:	0   -----   100		(Låt pat sätta kryss)

## **5. Diagnosprovning enligt NINDS**

Datum: \_\_\_\_\_

(Ringa in)

Vilotremor:	Hö	Vä	Båda sidor
Bradykinesi:	Hö	Vä	Båda sidor
Rigiditet:	Hö	Vä	Båda sidor
Assymetri	Ja	Nej	
Symptomduration	< 3 år	≥ 3 år	
Motsägande symptom (red flags)	Ja	Nej	
Bestående effekt av dopaminerg behandling:	Ja	Nej	Har ej prövats adekvat
Obduktion:	Ja	Nej	

Kommentar:

---

# Swedish PDQ-8

**Hur ofta under den senaste månaden har Ni upplevt följande PÅ GRUND AV ATT NI HAR PARKINSONS SJUKDOM?**

*Hur ofta under den senaste månaden har Ni på grund av att Ni har Parkinsons sjukdom...*

*Kryssa för en ruta för varje fråga*

	Aldrig	Vid enstaka tillfällen	Ibland	Ofta	Alltid
					Kan inte göra det alls
1. haft svårigheter med att ta Er fram på offentliga platser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. haft svårt att klä på Er?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. känt Er nedstämd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. haft problem i nära personliga relationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. haft koncentrations-svårigheter, t. ex. vid läsning eller TV-tittande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. känt att Ni inte har kunnat kommunicera ordentligt med människor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. haft plågsamma kramper eller spasmer i musklerna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. känt Er generad p.g.a. att Ni har Parkinsons sjukdom när Ni är ute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Kontrollera att Ni har kryssat för en ruta för varje fråga.*