

Namn: _____

Personnummer: _____

Parkinson's Well-Being Map™

Datum och klockslag: _____

Markera de symtom inom varje kategori som besvärar dig mest. Av de symtom du har markerat väljer du ut ett inom varje kategori som du ha mest besvär med. Ringa in det. Det symtom du har valt ut som du tycker besvärar dig mest ska du gradera från 0-4 och markera i spindeldiagrammet. 0=Inga besvär 4=mycket besvärande.

A - Smärta

Jag upplever att jag

- inte har några besvär med smärta
- får smärtsam kramp tidigt på morgonen i tårna, fingrarna, anklarna och vristerna, som gör att jag vaknar
- har ont och är stel i armar och ben under dagen
- har ont och är stel i armar och ben under natten
- får stöt-lika, ilande smärtor i armar och ben
- har ont i samband med onormala ofrivilliga rörelser
- får ont på grund av att jag är rastlös eller rör mig oroligt under natten
- har svår huvudvärk
- annat:

B - Rörlighet

Jag upplever att jag

- inte har några besvär med min rörlighet
- är stel i kroppen tidigt på morgonen
- är stel i kroppen under dagen
- har skakningar
- rör mig långsamt
- har försämrad rörlighet / kan inte röra mig under dagen
- har svårigheter att sätta igång - att flytta fötterna
- har ofrivilliga rörelser
- har försämrad balans/ramlar
- har en förändrad kroppshållning
- har svårt att tala
- skriver smått
- annat:

C - Humör

- jag har inte några besvär med mitt humör
- jag har blivit mindre intresserad av saker och ting
- jag gläder mig inte längre åt saker jag brukade tycka om
- jag känner mig olycklig
- jag känner mig orolig, rädd eller panikslagen
- jag känner mig deprimerad
- jag har bristande impuls kontroll
- annat:

D - Blåsa och Sexuell funktion

- jag har inte några besvär med blåsa eller den sexuella funktionen
- jag får urinrängningar
- jag går upp på natten för att urinera
- mitt intresse för sex har förändrats
- jag har svårt att ha sex
- annat:

E - Matsmältning och tarm

Jag upplever att jag

- inte har några problem med matsmältning och tarm
- har svårt att svälja
- dreglar (har mycket saliv)
- får kräkattacker eller känner mig illamående
- har förstoppning
- har diarré
- har orolig mage
- annat:

H - Sömnstörningar

Jag upplever att jag

- inte har några sömnstörningar
- har svårt att somna på kvällen
- har svårt att sova utan att vakna till
- är morgontrött
- är trött under dagen
- ofta somnar till vid olämpliga tillfällen
- har orolig sömn
- annat:

G - Andra icke-motoriska symtom

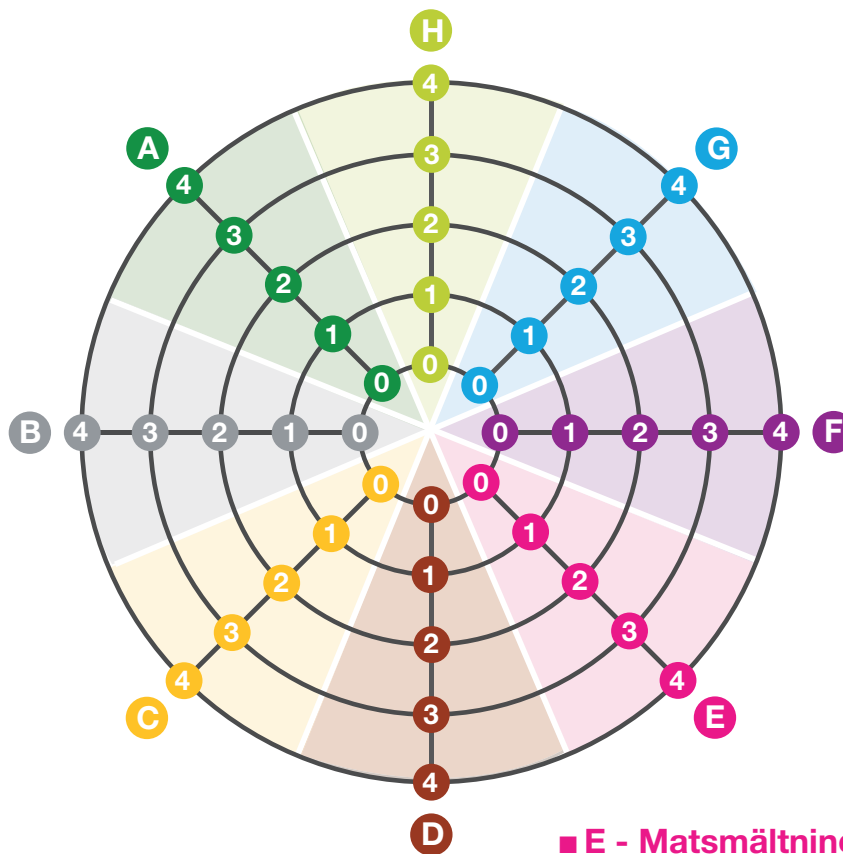
Jag upplever att jag

- inte har besvär av icke-motoriska symtom
- blir yr när jag ställer mig upp från liggande
- ramlar pga. svimningar/förlorar medvetandet
- märker att min förmåga att känna smak och lukt har förändrats
- märker att min vikt har förändrats (inte pga. förändringar i kosten)
- svettas onormalt mycket
- ser/hör saker som inte finns om
- är känslig mot stress
- annat:

F - Uppmärksamhet/Minne

Jag upplever att jag

- inte har några besvär med uppmärksamhet/minne
- inte kan koncentrera mig när jag håller på med något
- talar långsamt
- är glömsk
- har svårt att komma ihåg namn, siffror och händelser
- tappar tråden under samtal
- annat:



Parkinson's Well-Being Map™

Ett hjälpmedel för att beskriva mina symtom

Det jag vill fokusera mest på under samtalet är

- Smärta
- Rörlighet
- Humör
- Blåsa och sexuell funktion
- Matsmältning och tarm
- Uppmärksamhet/minne
- Andra icke-motoriska symtom
- Sömnstörningar

De tre viktigaste frågorna jag vill ställa till läkaren/sjuksköterskan är:

1. _____

2. _____

3. _____

Då jag träffade min läkare/sjuksköterska senast blev jag ordinerad en ändring i mina mediciner.

Jag upplever följande förändringar i effekten

Sedan jag träffade min läkare/sjuksköterska senast har jag upplevt följande biverkningar

Medicinändringar jag själv gjort sedan föregående besök

Jag använder följande receptfria läkemedel och/eller naturläkemedel

Jag ägnar mig åt följande fysisk aktivitet och egenvård.
