

Icke-motoriska symtom vid parkinsons sjukdom - frågeformulär (NMSQuest)

Namn: _____

Datum: _____

Ålder: _____

Klinik: _____

Man

Kvinna

Icke-motoriska symtom vid parkinsons sjukdom

Problem med rörligheten (s k motoriska symtom) är välkända vid Parkinsons sjukdom. Även andra (s k icke-motoriska) problem kan dock förekomma som en konsekvens av sjukdomen eller dess behandling. Det är därför viktigt att få reda på om Du upplever icke-motoriska symtom, särskilt om de är besvärande för Dig.

Nedan listas en rad icke-motoriska problem. Markera "Ja"-rutan om Du har upplevt respektive problem under den senaste månaden. Om Du inte har upplevt problemet under den senaste månaden markerar Du "Nej"-rutan.

Observera att om Du tidigare har upplevt ett problem men inte under den senaste månaden, så markerar Du "Nej"-rutan.

Har du upplevt något av följande under den senaste månaden?

1. Saliv som rinner från munnen under dagen Ja Nej

2. Ingen eller förändrad förmåga att känna smak eller lukt Ja Nej

3. Svårigheter att svälja mat/dryck, eller problem med att Du sätter i halsen Ja Nej

4. Illamående eller kräkningar Ja Nej

5. Förstoppning (färre än tre avföringar i veckan) eller upplevt toalettbesöken som ansträngande Ja Nej

6. Ofrivillig avföring (inkontinens) Ja Nej

7. En känsla av att tarmen inte tömts fullständigt då Du varit på toaletten Ja Nej

8. Trängande känsla av att behöva kissa som gör att Du måste rusa till toaletten Ja Nej

9. Regelbundet behövt gå upp och kissa under natten Ja Nej

10. Oförklarliga smärtor (som inte beror på kända orsaker, såsom reumatism) Ja Nej

11. Oförklarlig viktförändring (utan förändrade matvanor) Ja Nej

Var god vänd

12. Problem med att komma ihåg saker som nyligen hänt eller glömmet att göra saker Ja Nej

13. Förlorat intresset för vad som händer runt omkring dig eller för att göra saker Ja Nej

14. Sett eller hört saker som du vet inte finns eller som andra inte ser eller hör Ja Nej

15. Koncentrationssvårigheter eller svårigheter att vara fokuserad Ja Nej

16. Känt dig nedstämd eller ledsen Ja Nej

17. Känt dig ängslig, orolig, rädd eller panikslagen Ja Nej

18. Känt ett minskat eller ökat intresse för sex Ja Nej

19. Upplevt svårigheter att ha sex när du försökt Ja Nej

20. Snurrighet, yrsel eller svaghetskänsla när du ställer dig upp från sittande eller liggande Ja Nej

21. Att du ramlat Ja Nej

22. Svårigheter att hålla dig vaken under aktiviteter som att äta, arbeta eller köra bil Ja Nej

23. Svårigheter att somna på kvällen eller att sova under hela natten Ja Nej

24. Intensiva, livliga eller skrämmande drömmar Ja Nej

25. Att du pratar eller rör dig i sömnen, som om du "lever ut" en dröm Ja Nej

26. Obehagliga känslor i benen på kvällen eller då du vilar dig, och en känsla av att du måste röra dig Ja Nej

27. Att benen svullnar Ja Nej

28. Kraftiga svettningar Ja Nej

29. Dubbelseende Ja Nej

30. Att du tror att saker händer dig som andra människor säger inte har hänt i verkligheten Ja Nej

Alla upplysningar som du lämnar i detta frågeformulär behandlas konfidentiellt och kommer enbart att användas för det ändamål som du har blivit informerad om. De inhämtade upplysningarna kommer att användas för kontroll av din sjukdom. Dina personuppgifter behandlas och lagras i enlighet med Personuppgiftslagen (PUL).

Utvecklad av Chauduri et al (Mov Disord 2006; 21 (7): 916-923)

Svensk översättning av Peter Hagell, Institutionen för hälsa vård och samhälle, Lunds universitet.