

ICKE-MOTORISKA PROBLEM VID PARKINSONS SJUKDOM

(NMSQuest)

Problem med rörligheten (s k motoriska symptom) 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 sådana 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 <u>senaste månaden</u> ?	J A	N E J
1. Saliv som rinner från munnen under dagen?.....	☐	☐
2. Ingen eller förändrad förmåga att känna smak eller lukt?.....	☐	☐
3. Svårigheter att svälja mat/dryck, eller problem med att Du sätter i halsen?.....	☐	☐
4. Illamående eller kräkningar?.....	☐	☐
5. Förstoppning (färre än tre avföringar i veckan) eller upplevt toalettbesöken som ansträngande?.....	☐	☐
6. Ofrivillig avföring (inkontinens)?.....	☐	☐
7. En känsla av att tarmen inte tömts fullständigt då Du varit på toaletten?.....	☐	☐
8. Trängande känsla av att behöva kissa som gör att Du måste rusa till toaletten?.....	☐	☐
9. Regelbundet behövt gå upp och kissa under natten?.....	☐	☐
10. Oförklarliga smärtor (som inte beror på kända orsaker, såsom reumatism)?..	☐	☐
11. Oförklarlig viktnedgång (utan förändrade matvanor)?.....	☐	☐
12. Problem med att komma ihåg saker som nyligen hänt eller glömmer att göra saker?.....	☐	☐
13. Förlorat intresset för det som händer runt omkring dig eller för att göra saker?.....	☐	☐

Var god vänd →

Har du upplevt något av följande under den <u>senaste månaden</u> ?	JA	NEJ
14. Sett eller hört saker som du vet inte finns eller som andra inte ser eller hör?.....	☐	☐
15. Koncentrationssvårigheter eller svårigheter att vara fokuserad?.....	☐	☐
16. Kämt dig nedstämdhet eller ledsen?.....	☐	☐
17. Kämt dig ängslig, orolig, rädd eller panikslagen?.....	☐	☐
18. Kämt ett minskat <u>eller</u> ökat intresse för sex?.....	☐	☐
19. Upplevt svårigheter att ha sex när du försökt?.....	☐	☐
20. Snurrighet, yrsel eller svaghetskänsla när du ställer dig upp från sittande eller liggande?.....	☐	☐
21. Att du ramlat?.....	☐	☐
22. Svårigheter att hålla dig vaken under aktiviteter som att äta, arbeta eller köra bil?.....	☐	☐
23. Svårigheter att somna på kvällen <u>eller</u> att sova under hela natten?.....	☐	☐
24. Intensiva, livliga eller skrämmande drömmar?.....	☐	☐
25. Att du pratar eller rör dig i sömnen, som om att du "lever ut" en dröm?.....	☐	☐
26. Obehagliga känslor i benen på kvällen eller då du vilar dig, och en känsla av att du måste röra dig?.....	☐	☐
27. Att benen svullnar?.....	☐	☐
28. Kraftiga svettningar?.....	☐	☐
29. Dubbelseende?.....	☐	☐
30. Att du tror att saker händer dig som andra människor säger inte har hänt i verkligheten?.....	☐	☐