

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

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