

**Symtomöversikt/ Uppföljning ...../..... År 20....**
**Nr**

Namn		Diagnosår	
Adress		Person-nr	
P-nr	Ort		
Telefon	Behandlande läkare		
E-post	Blodtryck stående:	Blodtryck liggande:	Vikt:

**Börja med dina parkinsonmediciner**

Mediciner	Styrka	Ggr	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04

Symtom	M	Fm	Em	Kv	N
1 Natliga vändningssvårigheter					
2 Skrivsvårigheter					
3 Fumlighet					
4 Koordinationssvårigheter					
5 Försämrad armpendling					
6 Stelhet; rörelsehämning, långsam					
7 Tuggsvårigheter					
8 Insomningsbesvär					
9 Framåtlutad kroppsställning					
10 Böjd/ stel arm					
11 Gångproblem					
12 Låsning/ frysning/ stopp					
13 Stelhet; muskelstyvhet/-spänning					
14 Sväljsvårigheter					
15 Koncentrationssvårigheter					
16 Försämrat kortminne; namn, ord					
17 Domningar, stickningar					
18 Glömska, stresskänslig					
19 Försämrade symtom vid menstr.					
20 Oro, ångest					
21 Trögstartad, initiativlös					
22 Salivflöde					
23 Talsvårigheter					
24 Andningsbesvär					
25 Trötthet					
26 Sömnbesvär					
27 Rastlösa ben, myrkrypningar					
28 Yrsel; balansproblem, falltendens					

**Ange; med en siffra 1 – 5, hur besvärande respektive symtom är under ett genomsnittligt dygn.**

- = Inga besvär      1 = Små besvär  
 2 = Måttliga besvär      3 = Besvärligt  
 4 = Stora besvär      5 = Outhärdligt

Förkortningarna till vänster står för morgon (05-08), förmiddag (08-12), eftermiddag (12-18), kväll (18 -24) och natt (24-05). Symtomöversikten fylls i när man önskar en dokumenterad utvärdering av sin aktuella situation. Svaret ger den behandlande läkaren ett säkrare underlag för justering.

En förändring/ justering av medicineringen, följs alltid upp med en ny översikt. Genom att jämföra svaren med varandra; det första mot det andra, kan man mycket snabbt utvärdera om insatt åtgärd gett förväntat resultat.

I ett första steg kan man på enklaste sätt markera med ett **X** i de rutor som är aktuella, för att sedan göra värderingarna 1 – 5 över dygnet.

I rutan längst upp till höger fyller man ett löpnummer så att man vet vilken gång i ordningen det är.

Symtom	M	Fm	Em	Kv	N
29					
30					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
42					
44					
45					
46					
48					
49					
51					
52					
53					
55					
57					
58					
60					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
81					
85					
87					
89					
90					

### Mina Måltider

.....      .....      .....

Frukost      Lunch      Middag

### Hur många gånger går du på toaletten per natt?

..... ggr

### Hur många gånger vaknar du per natt?

..... ggr

### Hur många timmar sover du sammanhängande?

- 3-4 timmar  
 4-5 timmar  
 5- timmar

Jag vaknar kl .....

Jag somnar kl .....

### Vilka 4 symtom upplevs som mest besvärande?

Nr ..... Nr ..... Nr ..... Nr .....

Jag är DBS-opererad

.....

Sätt X på mediciner du har provat/ använt.

Jag fick biverkningar

Jag tål ej dessa mediciner.

Jag vet inte varför den togs bort.

- |                                    |                          |                          |                          |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pravidel  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cabaser   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sifrol    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Requip    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Permax    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Apomorfin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |