

Parkinsons sjukdoms symtomdagbok

Ett verktyg för att följa med hur din Parkinsons sjukdom utvecklas



Följ symtomen dagligen

Fyll i dagboken dagligen i en vecka, eller åtminstone under två hela dagar före ditt kontrollbesök eller läkarbesök. Kom ihåg att markera de särskilt svåra dagarna.



Ta med dagboken till läkaren

Dagboken hjälper läkaren och vårdpersonalen att förstå hur du mår.



Följ med sjukdomens förlopp

När du följer med förändringarna i ditt mående, hjälper det dig och din läkare att upptäcka om sjukdomen förändras och planera din behandling på bästa sätt.

Veckans humör



Tidsperiod (datum): _____

Sak att följ upp	Må	Ti	On	To	Fr	Lö	Sö
1. Natliga uppvaknanden (gångar)							
2. Tillståndet vid uppvaknandet på morgonen	<input type="checkbox"/> ON <input type="checkbox"/> OFF	<input type="checkbox"/> ON <input type="checkbox"/> OFF	<input type="checkbox"/> ON <input type="checkbox"/> OFF	<input type="checkbox"/> ON <input type="checkbox"/> OFF	<input type="checkbox"/> ON <input type="checkbox"/> OFF	<input type="checkbox"/> ON <input type="checkbox"/> OFF	<input type="checkbox"/> ON <input type="checkbox"/> OFF
3. Levodopadoser (doser / dag)							
4. OFF-tid på förmiddagen (före kl. 12)	___h___min	___h___min	___h___min	___h___min	___h___min	___h___min	___h___min
5. OFF-tid på eftermiddagen (kl. 12–18)	___h___min	___h___min	___h___min	___h___min	___h___min	___h___min	___h___min
6. OFF-tid på kvällen (efter kl. 18)	___h___min	___h___min	___h___min	___h___min	___h___min	___h___min	___h___min
7. Ofrivilliga rörelser (dyskinesier, uppskattad varaktighet)	___h___min	___h___min	___h___min	___h___min	___h___min	___h___min	___h___min
8. Andra symtom (till exempel hallucinationer, andningssvårigheter, smärta, dagtrötthet, förstoppning, urinbesvär, kraftig svettning)	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja
En särskilt svår dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kryssa i om du under dagen:

- tog 5 eller fler levodopadoser
- hade mer än 2 timmars OFF-tid (läkemedlet hade ingen effekt)
- hade 1 timme eller mer med dyskinesier (ofrivilliga rörelser)

Ordförklaring ON

- "Läkemedlet fungerar bra"**
- symtomen har tydligt lindrats
 - funktionsförmågan är god
 - rörelserna är smidiga och enkla

OFF

- "Läkemedlets effekt har försvagats"**
- skakningarna, stelheten eller muskelspänningarna ökar
 - rörelserna blir långsammare och det blir svårare att komma igång
 - gångsvårigheter och kortare steg förekommer

DYSKINESI

Dyskinesier är ofrivilliga, ibland vridande eller ryckiga rörelser i ansikte, armar, ben eller bål som kan uppstå när läkemedel mot Parkinsons sjukdom verkar.

