

Chestionar pentru pacienții cu boala Parkinson



Nume:

Data nașterii: ..

Vă rugăm bifați dacă ați prezentat unul dintre aceste simptome în cursul ultimelor 2 săptămâni, respectiv dacă situația descrisă se aplică în cazul dumneavoastră.		DA	NU
1. Simțul dumneavoastră olfactiv sau gustativ a scăzut în intensitate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Ați suferit modificări în greutate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Aveți probleme de digestie (stare de rău, vomă, constipație, diaree, incontinență intestinală)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Aveți probleme urinare (presiune bruscă la nivelul vezicii, tulburări de golire a vezicii, presiune nocturnă la nivelul vezicii, incontinență etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Ați observat tulburări ale comportamentului sexual (tulburări de libido sau potență)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Aveți tulburări de somn (dificultăți la adormire, somn întrerupt, vise animate/înfricoșătoare)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Suferiți de oboseală diurnă sporită sau adormiți brusc pe timp de zi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Aveți dificultăți să vă amintiți lucruri sau uitați să rezolvați lucruri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Aveți dificultăți de concentrare sau de menținere a atenției?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Amețiți mai des când vă ridicați de jos sau aveți o tensiune arterială scăzută?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Vi s-a întâmplat să cădeți?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Aveți picioare sau glezne umflate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Sunteți adesea trist(ă) sau abătut(ă)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Suferiți de frică sau panică?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Ați pierdut interesul pentru activitățile uzuale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Ați observat una sau mai multe dintre aceste modificări? <ul style="list-style-type: none"> • cheltuirea mai frecventă a unor sume de bani sau cheltuirea unor sume mai mari • un interes sporit pentru jocuri de noroc • interes sexual sporit sau accese de foame 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Vedeți sau auziți lucruri despre care știți sau vi se spune că nu sunt reale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Aveți dureri (fără cauze cunoscute)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vă rugăm înmânați chestionarul completat medicului dumneavoastră. Vă mulțumim!			