



# Parkinson's Well-Being Map

Navn + CPR. nr.

.....

Marker det symptom inden for hver kategori, der plager dig mest. Sæt ring om det tal i diagrammet, der passer bedst til graden af det symptom, som du har markeret inden for hver kategori.

0 Aldrig 1 Enkelte gange 2 Af og til 3 Ofte 4 Hele tiden

KLOKKESLÆT + DATO: (DD/MM/ÅÅ)

.....

## Humør

- Jeg har ingen problemer med humøret
- Jeg er blevet mindre interesseret i ting og sager
- Jeg ser ikke længere frem til det, jeg tidligere fandt glæde ved
- Jeg føler mig ulykkelig
- Jeg føler mig urolig, bange eller panikslagen
- Jeg føler mig deprimeret
- Andet: .....

## Søvnforstyrrelser

- Jeg oplever
- ingen søvnforstyrrelser
  - at jeg har svært ved at falde i søvn om aftenen
  - at jeg har svært ved at sove igennem
  - at jeg har svært ved at falde i søvn igen, hvis jeg vågner
  - at jeg er træt om morgenen
  - at jeg er træt i løbet af dagen
  - at jeg ofte falder i søvn på upassende tidspunkter
  - at jeg sover uroligt
  - Andet: .....

## Opmærksomhed/hukommelse

- Jeg oplever
- ingen problemer med opmærksomhed/hukommelse
  - at jeg ikke kan koncentrere mig om det, jeg er i gang med
  - at jeg taler langsomt
  - at jeg er glemsom
  - at jeg har svært ved at huske navn, tal og begivenheder
  - at jeg mister tråden under samtaler
  - Andet: .....

## Fordøjelsen og tarmsystemet

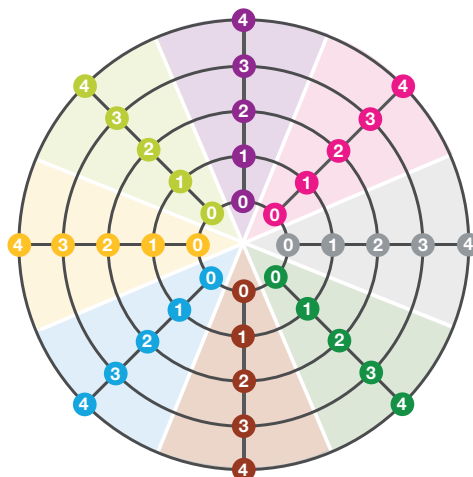
- Jeg oplever
- at jeg ikke har fordøjelsesbesvær og tarmgener
  - at jeg har besvær med at synke
  - at jeg savler (danner for meget spyt)
  - at jeg får anfald af kvalme eller trang til at kaste op
  - at jeg har forstoppelse
  - at jeg har diaré
  - at jeg har urolig mave
  - Andet: .....

## Andre ikke-motoriske symptomer

- Jeg oplever
- ingen problemer med ikke-motoriske symptomer
  - at jeg bliver svimmel, når jeg rejser mig fra liggende stilling
  - at jeg falder pga. svimmelhed/mister bevidstheden
  - at min lugte- og smagssans har ændret sig
  - at min vægt har ændret sig (ikke pga. kostændringer)
  - at jeg sveder unormalt meget
  - at jeg ser/hører ting som ikke findes
  - at jeg føler mig ulykkelig
  - at jeg føler mig urolig, bange eller panikslagen
  - at jeg føler mig deprimeret
  - Andet: .....

## Blærefunktion og seksualitet

- Jeg lider ikke af blærebesvær eller problemer med at dyrke sex
- Jeg får voldsom vandladningstrang
- Jeg står op om natten for at lade vandet
- Min lyst til sex har ændret sig
- Jeg har problemer med at dyrke sex
- Andet: .....



## Smerte

- Jeg oplever
- ingen problemer med smerter
  - smertefulde kramper tidligt om morgenen i tæer, fingre, ankler og håndled, som vækker mig
  - at jeg får smertefulde og stive arme og ben om dagen
  - at jeg får smertefulde og stive arme og ben om natten
  - at jeg får stødvise smertejag i arme og ben
  - at jeg har ondt i forbindelse med unormale, ufrivillige bevægelser
  - at jeg får smerter på grund af uro eller rastløshed om natten
  - at jeg får voldsomme hovedpiner
  - Andet: .....

## Bevægelighed

- Jeg oplever
- ingen problemer med bevægelighed
  - at jeg er stiv i kroppen tidligt om morgenen
  - at jeg er stiv i kroppen det meste af dagen
  - at jeg har rystelser
  - at mine bevægelser bliver langsommere
  - at jeg har nedsat bevægelighed / ikke kan røre mig i løbet af dagen
  - at jeg har svært ved at sætte i gang – ved at flytte fødderne
  - at jeg har ufrivillige bevægelser
  - at jeg har problemer med balancen/falder
  - at jeg har ændret kropsholdning
  - at jeg har svært ved at tale
  - at jeg skriver gnidret
  - Andet: .....

# Parkinson's Well-Being Map™

Et hjælpemiddel til at beskrive mine symptomer

Under samtalen ønsker jeg især at fokusere på følgende:

- Søvnforstyrrelser
- Opmærksomhed/hukommelse
- Fordøjelse og tarmsystem
- Bevægelighed
- Smerte
- Blærefunktion og seksualitet
- Andre ikke-motoriske symptomer
- Humør

De tre vigtigste spørgsmål jeg vil stille til lægen/sygeplejersken, er:

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fik jeg tid nok til at stille alle mine spørgsmål?

- Ja       Nej

Da jeg sidst så lægen/sygeplejersken, fik jeg ændret min medicin. Jeg oplever følgende forandringer i virkningen

---

---

Siden jeg sidst så lægen/sygeplejersken, har jeg haft følgende bivirkninger

---

---

Ændringer i min medicin, som jeg selv har indført siden sidste besøg

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Jeg anvender følgende receptfrie lægemidler og/eller naturlægemidler

---

---

---