

IL MIO PARKINSON: QUESTIONARIO MENSILE

Rispondi Sì o No ad ogni domanda

Nome e cognome _____ Nel mese di _____

Hai avuto blocchi motori?

Se sì, in quale momento della giornata?

Hai avuto difficoltà di sblocco dopo il pranzo/nel primo pomeriggio?

Hai avuto discinesie (movimenti involontari)?

Se sì, in quale momento della giornata?

Hai avuto dolori/crampi muscolari durante il giorno?

Hai avuto problemi legati alla pressione arteriosa?

Se sì: Pressione alta?

Pressione bassa?

Sensazione di capogiro, “testa vuota”, instabilità posturale alzandoti dal letto la mattina o passando dalla posizione seduta a quella eretta?

Episodi di svenimento?

Hai avuto problemi di sonno?

Se sì: Insonnia

Agitazione notturna

Risvegli confusionali

Dolori notturni

Hai avuto sonnolenza durante il giorno (necessità di fare riposini)?

Hai avuto colpi di sonno (addormentamenti improvvisi mentre svolgevi attività o ti trovavi con qualcuno)?

Hai avuto depressione (pensieri negativi, episodi di pianto, preoccupazione e tristezza)?

Hai avuto episodi di ansia?

Hai avuto allucinazioni (sentire suoni o rumori, vedere ombre, cose, animali o persone che non erano presenti, avere la sensazione di presenza alle spalle)?

Hai provato sensazione di agitazione, confusione, aggressività, rabbia?

Hai avuto problemi di attenzione (difficoltà a seguire discorsi o a svolgere attività)?

Hai avuto problemi di memoria (ricordare eventi recenti, dimenticarsi di fare qualcosa)?

Hai avuto problemi di deglutizione (difficoltà a deglutire, tosse dopo aver bevuto o mangiato)?

Hai avuto problemi di scialorrea (accumulo di saliva in bocca e fuoriuscita della stessa dalla bocca)?

Hai avuto problemi di stipsi?

Hai avuto problemi urinari?

Se sì: Incontinenza urinaria

Difficoltà ad iniziare ad urinare

Necessità di urinare frequentemente

Necessità di urinare di notte

Bruciore

Hai avuto problemi ad avere rapporti sessuali?

Hai avuto dolori durante il giorno?

Hai provato sensazione di stanchezza o facile faticabilità?

Hai notato aumento del desiderio di fare compere?

Hai notato aumento del desiderio di giocare d'azzardo (lotto, gratta&vinci, scommesse)?

Hai notato aumento della frequenza con cui utilizzi il PC o stai connesso a Internet?

Hai notato aumento di interesse per il sesso?

Sei caduto?

Se sì: Da 1 a 3 cadute

1 caduta alla settimana

più cadute alla settimana

Hai bevuto almeno un litro e mezzo di liquidi al giorno?

Hai avuto problemi acuti di salute (febbre, tosse, influenza, vomito, diarrea o altro)?

Se sì, quali?

Sei stato ricoverato presso il Pronto Soccorso?

Sei stato ricoverato in Ospedale?

Hai dovuto sottoporri ad interventi chirurgici?

Hai effettuato visite mediche specialistiche?

Hai assunto farmaci diversi dai soliti?

Se vuoi spiegare meglio qualche risposta del questionario, annotalo nello spazio sottostante: