Døgnskjema 2

ON/OFF-skjema for Parkinsons sykdom

Dato: Navn: Født: Rom og seng:

	Klokkeslett																							
Motorikk/bevegelighet	**06**	**07**	**08**	**09**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**01**	**02**	**03**	**04**	**05**
+3 Mye ufrivillige bevegelser																								
+2 Middels ufrivillig bevegelser																								
+1 Noen ufrivillige bevegelser																								
0 Normal																								
-1 Noe stiv																								
-2 Middels stiv																								
-3 Mye stiv																								
Har vansker med:																								
Skjelving																								
Konsentrasjon/tankene går tregt																								
Smerter																								
Spasmer/kramper																								
Plutselig vannlating																								
Indre uro																								
Angst																								
Søvnløshet																								

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

Bevegelsesbeskrivelser ved ON-OFF registrering

+ 3 **ON**	**Mye ufrivillige bevegelser** Ufriville bevegelser i hele kroppen Både armbevegelser og gange er forstyrret av voldsomme ufrivillige bevegelser Så store ufrivillige bevegelser at han/hun risikerer å falle av stol/seng Kan ikke drikke av kopp/glass uten å søle
+ 2 **ON**	**Middels ufrivillige bevegelse** Ufrivillige bevegelser i hele kroppen eller i noen kroppsdeler Finger og armbevegelser er påvirket av ufrivillige bevegelser Gange er påvirket av ufrivillige bevegelser Klarer ikke å stå stille Har ballansekontroll og klarer å drikke av glass
+ 1 **ON**	**Noen ufrivillige bevegelser** Ufrivillige bevegelser i noen kroppsdeler Akseptable finger- og armbevegelser Normal gange med normale armbevegelser og skrittlengde. Kan være stille i 5-15 sekunder Pasienten syntes ofte selv at dette nivået er optimalt Klarer å drikke vann uten problemer
0 **NORMAL**	**Normale bevegelser** Raske bevegelser i fingre og armer God skrittlengde og normale armbevegelser ved gange Ingen tydelige bevegelighetsforstyrrelser (dyskinesier)
- 1 **OFF**	**Noe stiv** Langsomme/trege bevegelser i fingre og armer. Noe nedsatt svingvidde Noe fingertremor Reiser seg fra stol uten problemer Langsom gange med noe redusert skrittlengde og noe reduserte armbevegelser Ingen nøling eller stopp (freezing) Føler seg stiv
- 2 **OFF**	**Middels stiv** Langsomme bevegelser i fingre og armer Noe fingertremor Har problemer med å reise seg fra stol. Kan trenge hjelp fra liggende til sittende stilling Startvansker ved gange Subbende gange med korte skritt, ikke naturlige armbevegelser Tendens til freezing når han/hun skal snu/vende
- 3 **OFF**	***Mye stiv*** Fremoverbøyd kroppsholdning Åpen munn Langsomme bevegelser i fingre og armer, men allikevel god svingvidde Kan ikke reise seg fra stol og klarer selvsagt ikke å gå Klarer ikke å reise seg fra liggende til stående stilling. Svelgproblemer (sikler)