

پرسشنامه پیگیری بیماران مبتلا به بیماری پارکینسون  
 طرح ثبت بیماری پارکینسون دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نام و نام خانوادگی پرسشگر: ..... تاریخ تکمیل پرسشنامه: \*...../...../.....

مشخصات دموگرافیک بیمار  
 نام و نام خانوادگی بیمار: ..... کد ملی بیمار: \*.....

ارزیابی از وضعیت فعلی بیماری پارکینسون در بیمار

Stage of PD (Modified Hoehn and Yahr Scale)*	
<input type="checkbox"/> 1	(Unilateral involvement only)
<input type="checkbox"/> 1.5	(Unilateral and axial involvement)
<input type="checkbox"/> 2	(Bilateral involvement without impairment of balance)
<input type="checkbox"/> 2.5	(Mild bilateral disease with recovery on pull test)
<input type="checkbox"/> 3	(Mild to moderate bilateral disease; some postural instability; physically independent)
<input type="checkbox"/> 4	(Severe disability; still able to walk or stand unassisted)
<input type="checkbox"/> 5	(Wheelchair bound or bedridden unless aided)

وضعیت دارویی بیمار\*

هیچ دارویی مصرف نمیکنند

در حال حاضر دارو مصرف میکند  (نام دارو:  Norstor  Levodopa-c fort  Levodopa-c  Isicome  Madopar  Levoparkin  Pramipexole-ER  Pramipexole  Pexola  Restin  Sifrol

**Non-motor aspects of experiences of daily living\***

Cognitive impairment	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Hallucinations and psychosis	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Depressed mood	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Anxious mood	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Apathy	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Features of dopamine dysregulation syndrome (DDS)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Nighttime sleep problems	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Daytime sleepiness	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Pain and other sensations (Sensory complaints related to Parkinsonism)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Urinary problems	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Constipation problems	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Light headedness on standing	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Fatigue	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			

**Motor aspects of experiences of daily living\***

پرسشنامه پیگیری بیماران مبتلا به بیماری پارکینسون  
 طرح ثبت بیماری پارکینسون دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

Speech	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Salivation and drooling	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Chewing and swallowing	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Eating tasks	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Dressing	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Hygiene	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Handwriting	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Doing hobbies and other activities	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Turning in bed	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Tremor	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Getting out of bed, car, or deep chair	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Walking and balance	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Freezing	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			

<b>Motor Complications*</b>	
Motor fluctuations: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Dyskinesia: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No