



International Parkinson and
Movement Disorder Society

MDS-UPDRS

Sponsorowana przez MDS rewizja Ujednoliconej Skali Oceny Choroby Parkinsona

Official MDS Polish Translation

Autorzy:

Christopher G. Goetz
Stanley Fahn
Pablo Martinez-Martin
Werner Poewe
Cristina Sampaio
Glenn T. Stebbins
Matthew B. Stern
Barbara C. Tilley
Richard Dodel
Bruno Dubois
Robert Holloway
Joseph Jankovic

Jaime Kulisevsky
Anthony E. Lang
Andrew Lees
Sue Leurgans
Peter A. LeWitt
David Nyenhuis
Warren Olanow
Olivier Rascol
Anette Schrag
Jeanne A. Teresi
Jacobus J. van Hilten
Nancy LaPelle

Tel +1 (414) 276-2145
Fax +1 (414) 276-3349

555 E. Wells Street, Suite 1100
Milwaukee, WI 53202-3823

www.movementdisorders.org
ratingscales@movementdisorders.org

Uprawnienia MDS

Właścicielem i posiadaczem licencji Sponsorowanej przez MDS Rewizji Ujednoliconej Skali Oceny Choroby Parkinsona jest Międzynarodowe Towarzystwo Choroby Parkinsona i Innych Zaburzeń Ruchowych (MDS). Zgoda na użycie skali jest wymagana i może zostać uzyskana poprzez zgłoszenie Formularza Uzyskania Zgody na stronie internetowej MDS. W razie pytań dotyczących licencji proszę się kontaktować mailowo na adres: ratingscales@movementdisorders.org.

Nieautoryzowane powielanie, dystrybucja, tłumaczenie lub sprzedaż jakiegokolwiek części skali MDS-UPDRS jest ściśle zabronione. Zmiany, modyfikacje i zapożyczenia Skali są niedozwolone bez uzyskania zgody MDS. Skala MDS-UPDRS nie może być wykorzystywana bez zgody MDS w następujących sytuacjach i nie tylko: badania kliniczne, materiały szkoleniowe, programy certyfikacji, programy komputerowe, platformy internetowe, elektroniczne i inne bazy danych.

MDS-UPDRS

Nowa wersja skali UPDRS stworzona przez Movement Disorder Society (MDS) jest opracowana na podstawie krytycznych zaleceń Grupy Roboczej ds. Skal Oceny w chorobie Parkinsona (*Mov Disord* 2003;18:738-750). Następnie, MDS wybrało Przewodniczącego organizującego program utworzenia nowej wersji skali UPDRS, która zachowałaby ogólny kształt oryginalnej wersji UPDRS, ale byłaby pozbawiona słabych stron i dwuznaczności. Przewodniczący powołał komitety składające się z osób nadzorujących i członków. Każda część została opracowana przez poszczególne komitety a następnie oceniona i zatwierdzona przez całą grupę. Członkowie są wymienieni poniżej.

Skala MDS UPDRS składa się z czterech części: Część I (Pozaruchowe aspekty umiejętności w zakresie czynności codziennych), Część II (Ruchowe aspekty codziennego funkcjonowania), Część III (Objawy ruchowe) i Część IV (Powikłania ruchowe). Część I składa się z dwóch części : IA dotycząca licznych zachowań ocenianych przez badającego na podstawie informacji uzyskanych od pacjentów i opiekunów oraz IB, która jest wypełniana przez badanego z- lub bez pomocy opiekuna, niezależnie od badającego. Ta część może być oceniona przez badającego celem upewnienia się, że na wszystkie pytania zostały udzielone przejrzyste odpowiedzi a badany może także pomóc w wyjaśnieniu dostrzeżonych dwuznaczności. Część II została stworzona tak, aby stanowiła kwestionariusz do wypełnienia przez samego pacjenta, podobnie jak Część IB, ale może być oceniona przez badającego celem upewnienia się czy kwestionariusz jest wypełniony kompletnie i klarownie. Należy zauważyć, że oficjalne wersje Części IA, IB i Część II skali MDS-UPDRS nie posiadają osobnych skal do oceny w stanie ON i OFF. Jednakże, dla indywidualnych programów lub protokołów, te same pytania mogą zostać użyte osobno dla stanu ON i OFF. Część III posiada instrukcje dla badającego celem przedłożenia ich pacjentowi, jest wypełniana przez badającego. Część IV posiada instrukcje dla badającego i instrukcje, które należy przeczytać pacjentowi. Ta część łączy informacje uzyskane od pacjenta z informacjami pochodzącymi z obserwacji klinicznej i opinii badającego.

Autorami tej wersji skali są:

Przewodniczący: Christopher G. Goetz

Część I: Werner Poewe (chair), Bruno Dubois, Anette Schrag

Część II: Matthew B. Stern (chair), Anthony E. Lang, Peter A. LeWitt

Część III: Stanley Fahn (chair), Joseph Jankovic, C. Warren Olanow

Część IV: Pablo Martinez-Martin (chair), Andrew Lees, Olivier Rascol, Bob van Hilten

Standardy postępowania: Glenn T. Stebbins (chair), Robert Holloway, David Nyenhuis

Załączniki: Cristina Sampaio (chair), Richard Dodel, Jaime Kulisevsky

Opracowanie statystyczne: Barbara Tilley (chair), Sue Leurgans, Jean Teresi

Konsultacja: Stephanie Shaftman, Nancy LaPelle

Kontakt:

International Parkinson and Movement Disorder Society

555 East Wells Street, Suite 1100

Milwaukee, WI, USA 53202

T: +1 414-276-2145

E: ratingscales@movementdisorders.org

1 lipca, 2008

Część I: Pozaruchowe aspekty umiejętności w zakresie czynności codziennych (nM-EDL)

Informacje ogólne: Ta część skali ocenia wpływ pozaruchowych objawów choroby Parkinsona (ch.P.) na umiejętności pacjentów w zakresie czynności codziennych. Znajduje się w niej 13 pytań. Część IA jest wypełniana przez badającego (sześć pytań) i skupia się na kompleksowej ocenie zaburzeń neuropsychiatrycznych. IB jest składową kwestionariusza wypełnianego przez pacjenta, który obejmuje siedem pytań o pozaruchowe umiejętności w zakresie codziennych czynności.

Część IA:

Wypełniając Część IA, badający powinien użyć poniższych wytycznych:

1. Zaznacz na górze formularza główne źródło danych tj: pacjent, opiekun lub pacjent i opiekun w równych proporcjach.
2. Odpowiedź na każde pytanie powinna odpowiadać okresowi obejmującemu poprzedni tydzień wliczając w to dzień, w którym informacje są zbierane.
3. Wszystkie podpunkty skali muszą posiadać ocenę wyrażoną w postaci liczby całkowitej (nie należy używać półpunktów lub omijać punktacji). W przypadku gdy podpunkt nie dotyczy lub nie może być oceniony (np. pacjent z amputowaną kończyną, który nie może chodzić) podpunkt jest zaznaczany jako **“BMO”** czyli Brak Możliwości Oceny.
4. Odpowiedzi powinny odzwierciedlać zwykły poziom funkcjonowania i pacjenci mogą używać słów takich jak **“zwykle”**, **“ogólnie”**, **“większość czasu”**.
5. Każde pytanie posiada tekst, który należy przeczytać (instrukcje dla pacjentów/opiekunów). Po tym komunikacie można szczegółowo omówić i przeanalizować objawy przedstawione w instrukcji dla badającego. Nie wolno czytać opcji oceny pacjentowi/opiekunowi ponieważ są one opisane w terminologii medycznej. Najwłaściwsza odpowiedź wynika z wywiadu i oceny medycznej.
6. Pacjenci mogą posiadać inne schorzenia współistniejące, które mogą wpływać na ich funkcjonowanie. Wspólnie z pacjentem musisz ocenić istniejący problem i nie próbować oddzielać objawów wynikających z ch.Parkinsona od innych schorzeń.

PRZYKŁADOWE MOŻLIWOŚCI OCENY ODPOWIEDZI DLA CZĘŚCI IA

Sugerowane strategie uzyskania najbardziej właściwej odpowiedzi:

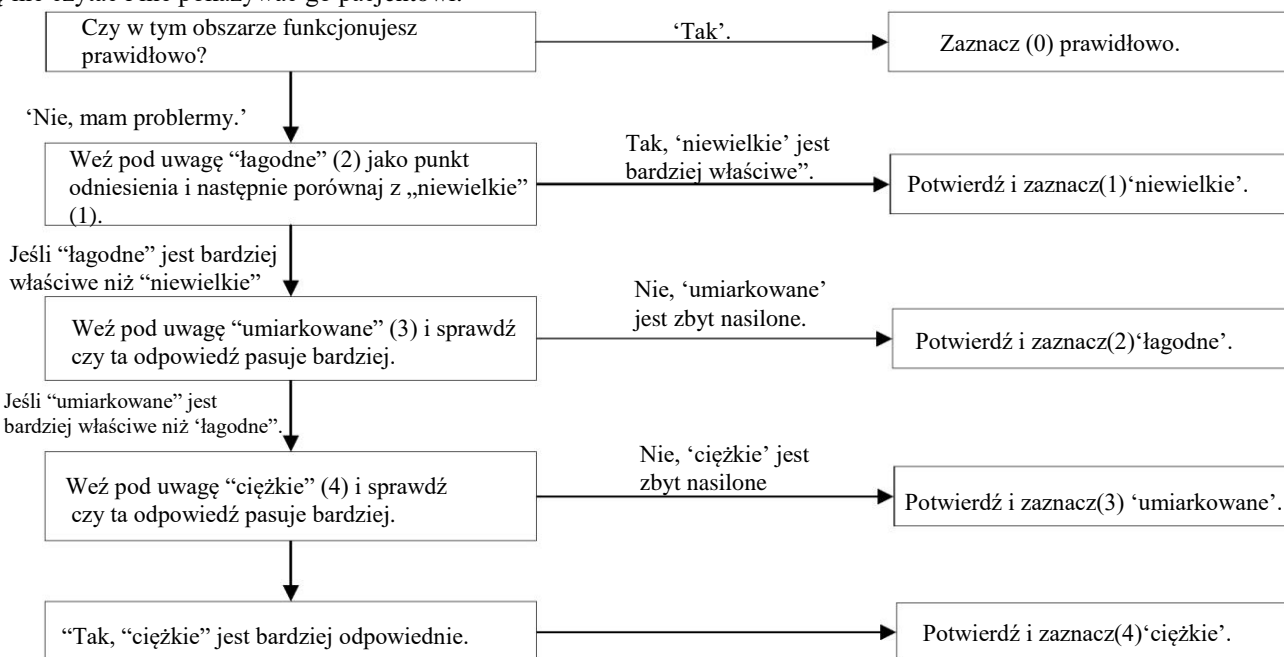
Po przeczytaniu pacjentowi instrukcji należy zastanowić się nad całym zagadnieniem tak aby zdefiniować pojęcia **“prawidłowy”** i **“problematyczny”**: jeśli pytania nie pozwolą na zidentyfikowanie żadnego problemu w tym obszarze, zaznacz 0 i przejdź do następnego pytania.

Jeśli zadane pytania zidentyfikują jakiś problem w tym obszarze powinieneś rozpocząć ocenę od punktu wyjścia na poziomie średnim (pkt 2 lub **“łagodny”**) tak aby ocenić czy funkcjonowanie pacjenta jest od tego poziomu lepsze czy gorsze. Jeśli odpowiedzi zawierają terminologię medyczną nie mogą być dosłownie przeczytane pacjentowi. Należy zadać choremu tyle pytań ile potrzeba aby zaznaczyć odpowiednią odpowiedź.

Przeanalizuj z pacjentem podane opcje tak by zidentyfikować najbardziej właściwą odpowiedź dokonując ostatecznego wyboru poprzez wykluczenie opcji powyżej i poniżej wybranej odpowiedzi.

Poniższy schemat został przygotowany w celu ułatwienia wyboru odpowiedzi badającemu.

Proszę nie czytać i nie pokazywać go pacjentowi.



MDS UPDRS

Część I: Pozaruchowe aspekty umiejętności w zakresie czynności codziennych (nM-EDL)

Część IA: Kompleksowa ocena zaburzeń neuropsychiatrycznych: [wypełnia badający]

Źródło informacji:

- Pacjent Opiekun Pacjent i Opiekun w równych proporcjach

Należy przeczytać pacjentowi: Zadam Panu/Pani sześć pytań o zachowania, których Pan/Pani może ale nie musi doświadczać. Niektóre pytania dotyczą częstych problemów a niektóre problemów rzadko spotykanych. Jeśli ma Pan/Pani problemy w jakimś obszarze proszę zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej charakteryzuje Pana/Pani samopoczucie przez WIĘKSZOŚĆ CZASU w ciągu OSTATNIEGO TYGODNIA. Jeśli nie ma Pan/Pani żadnych problemów – po prostu proszę zaznaczyć odpowiedź NIE. Staram się być bardzo dokładny, więc mogę też zadać pytania, które Pana/Pani nie będą dotyczyły.

1.1 ZABURZENIA FUNKCJI POZNAWCZYCH

WYNIK

Instrukcje dla badającego: Weź pod uwagę wszystkie rodzaje wyższych czynności poznawczych włącznie z bradyfrenią, zaburzeniami osądu, utratę pamięci, zaburzenia uwagi i orientacji. Oszacuj ich wpływ na czynności dnia codziennego w ocenie pacjenta i/lub opiekuna.

Instrukcje dla pacjenta [i opiekuna]: Czy w ciągu ostatniego tygodnia miałeś problemy z zapamiętywaniem, prowadzeniem rozmowy, skupieniem uwagi, jasnym myśleniem, lub znalezieniem drogi do domu lub w mieście? [Jeśli tak, badający prosi pacjenta o opisanie problemów i ocenia uzyskane informacje.]

- 0: Prawidłowe: Brak zaburzeń poznawczych.
- 1: Niewielkie: Zaburzenia dostrzegane przez pacjenta lub opiekuna bez konkretnego wpływu na prowadzone przez pacjenta codzienne aktywności i stosunki społeczne.
- 2: Łagodne: Klinicznie pewne zaburzenia poznawcze, jednak tylko w niewielkim stopniu wpływające na prowadzone przez pacjenta codzienne aktywności i stosunki społeczne.
- 3: Umiarkowane: Zaburzenia poznawcze wpływające ale nie uniemożliwiające prowadzenie przez pacjenta codziennych aktywności i stosunków społecznych.
- 4: Ciężkie: Zaburzenia poznawcze uniemożliwiające prowadzenie przez pacjenta codziennych aktywności i stosunków społecznych.

1.2 OMAMY I PSYCHOZA

WYNIK

Instrukcje dla badającego: Weź pod uwagę zarówno iluzje wzrokowe (błędną interpretację prawdziwego bodźca) i omamy (spontaniczne nieprawdziwe odczucia). Rozważ wszystkie główne obszary zmysłowe (wzrokowe, słuchowe, czuciowe, węchowe i smakowe). Określ obecność nieukształtowanych (np. poczucie chwilowych błędnych wrażeń) jak i ukształtowanych (w pełni rozwiniętych i szczegółowych) wrażeń. Oceń wgląd pacjenta w omamy i określ rodzaj urojeń i psychotycznego myślenia.

Instrukcje dla badanego [i opiekuna]: Czy w ciągu ostatniego tygodnia widziałeś, słyszałeś, odczuwałeś rzeczy, których w rzeczywistości nie było? [Jeśli tak badający prosi pacjenta o opisanie problemów i ocenia uzyskane informacje.]

- 0: Prawidłowe: Brak omamów lub zachowań psychotycznych.
- 1: Niewielkie: Złudzenia wzrokowe lub nieukształtowane omamy z zachowanym wglądem
- 2: Łagodne: Ukształtowane omamy niezależne od bodźca środowiskowego. Wgląd zachowany.
- 3: Umiarkowane: Ukształtowane omamy bez wglądu.
- 4: Ciężkie: Pacjent ma urojenia i paranoję.

1.3 DEPRESJA

Instrukcje dla badającego: Weź pod uwagę obniżony nastrój, smutek, rozpacz, poczucie pustki lub utratę zainteresowań. Określ obecność i czas trwania objawów w ciągu ostatniego tygodnia oraz oceń ich wpływ na zdolność pacjenta do prowadzenia codziennych aktywności i zaangażowanie w stosunki społeczne.

Instrukcje dla badanego [i opiekuna]: Czy w ciągu ostatniego tygodnia miałeś obniżony nastrój, czuleś smutek, pustkę lub nie potrafiłeś się cieszyć? Jeśli tak, czy to uczucie trwało dłużej niż jeden dzień? Czy z tego powodu miałeś trudności w codziennych czynnościach lub w przebywaniu z innymi ludźmi? [Jeśli tak badający prosi pacjenta o opisanie problemów i ocenia uzyskane informacje.]

- 0: Prawidłowo: Brak depresji.
- 1: Niewielkie: Epizody depresji nie trwające dłużej niż jeden dzień. Bez wpływu na prowadzone przez pacjenta codzienne aktywności i stosunki społeczne
- 2: Łagodne: Depresja trwająca kilka dni bez wpływu na prowadzone przez pacjenta codzienne aktywności i stosunki społeczne
- 3: Umiarkowane: Depresja wpływająca, ale nie uniemożliwiająca prowadzenie przez pacjenta codziennych aktywności i stosunków społecznych
- 4: Ciężkie: Depresja uniemożliwiająca prowadzenie przez pacjenta codziennych aktywności i stosunków społecznych.

1.4 LĘK

WYNIK

Instrukcje dla badającego: Zidentyfikuj nerwowość, napięcie, obawy i uczucie lęku (włącznie z napadami paniki) w ciągu ostatniego tygodnia i oceń czas trwania objawów oraz ich wpływ na zdolność pacjenta do prowadzenia codziennych aktywności i zaangażowanie w stosunki społeczne.

Instrukcje dla badanego [i opiekuna]: Czy w ciągu ostatniego tygodnia byłeś nerwowy, martwiłeś się lub żyłeś w napięciu? Jeśli tak, czy to uczucie trwało dłużej niż jeden dzień? Czy z tego powodu miałeś trudności w codziennych czynnościach lub w przebywaniu z innymi ludźmi? [Jeśli tak badający prosi pacjenta o opisanie problemów i ocenia uzyskane informacje.]

- 0: Prawidłowo: Brak uczucia lęku.
- 1: Niewielkie: Uczucie lęku nie trwające dłużej niż jeden dzień. Bez wpływu na prowadzone przez pacjenta codzienne aktywności i stosunki społeczne.
- 2: Łagodne: Uczucie lęku trwające kilka dni bez wpływu na prowadzone przez pacjenta codzienne aktywności i stosunki społeczne
- 3: Umiarkowane: Uczucie lęku wpływające ale nie uniemożliwiające prowadzenie przez pacjenta codziennych aktywności i stosunków społecznych.
- 4: Ciężkie: Uczucie lęku uniemożliwiające prowadzenie przez pacjenta codziennych aktywności i stosunków społecznych.

1.5 APATIA

Instrukcje dla badającego: Weź pod uwagę spontaniczną aktywność, asertywność, motywację i inicjatywę i oceń wpływ na obniżenie poziomu codziennej aktywności i interakcji społecznych. Badający powinien starać się rozróżnić apatię od podobnych objawów, które mogą wynikać z depresji.

Instrukcje dla badanego [i opiekuna]: Czy w ciągu ostatniego tygodnia nie odczuwałeś zainteresowania codziennymi czynnościami lub przebywaniem z innymi ludźmi? [Jeśli tak badający prosi pacjenta o opisanie problemów i ocenia uzyskane informacje.]

- 0: Prawidłowo: Brak apatii.
- 1: Niewielkie: Apatia dostrzegana przez pacjenta lub opiekuna bez wpływu na codzienne czynności i stosunki społeczne
- 2: Łagodne: Apatia wpływająca na pojedyncze czynności i stosunki społeczne.
- 3: Umiarkowane: Apatia wpływająca na większość czynności i stosunki społeczne.
- 4: Ciężkie: Obojętność i wycofanie, całkowita utrata inicjatywy.

1.6 OBJAWY ZESPOŁU DYSREGULACJI DOPAMINERGICZNEJ

Instrukcje dla badającego: Weź pod uwagę zaangażowanie w różne aktywności włącznie z nietypowym lub nadmiernym hazardem (np. gra w kasynie lub loterie), nietypowymi lub nadmiernymi zachowaniami lub zainteresowaniami seksualnymi (np. niecodzienne zainteresowania pornografią, masturbacją, żądania seksualne w stosunku do partnera), inne powtarzalne czynności (np. hobby, rozkładanie przedmiotów na części, sortowanie i układanie) lub pobieranie dodatkowych dawek leków bez zaleceń lekarza z pozaruchowych powodów (np. uzależnienia). Oceń wpływ takich nieprawidłowych aktywności/zachowań na życie osobiste pacjenta/pacjentki i jego/jej rodziny jak również relacje społeczne (włącznie z potrzebą pożyczania pieniędzy i inne problemy finansowe jak zatrzymanie karty kredytowej, większe konflikty rodzinne, zaniechywanie pracy zawodowej, zaniechanie posiłku lub snu z powodu danej aktywności).

Instrukcje dla badanego [i opiekuna]: Czy w czasie ostatniego tygodnia miałeś silne potrzeby nad którymi nie potrafiłeś zapanować? Czy czuleś przymus robienia lub myślenia o czymś i nie mogłeś przestać? [Podaj pacjentowi przykłady takie jak hazard, sprząatanie, używanie komputera, pobieranie dodatkowych leków, obsesje dotyczące jedzenia lub seksu dostosowując przykłady do danego pacjenta.]

- 0: Prawidłowo: Brak problemów.
- 1: Niewielkie: Problemy obecne ale zwykle nie powodujące trudności dla pacjenta lub rodziny/opiekuna
- 2: Łagodne: Problemy obecne i zwykle powodujące niewielkie trudności w życiu osobistymi rodzinnym pacjenta
- 3: Umiarkowane: Problemy obecne i zwykle powodujące wiele trudności w życiu osobistym i rodzinnym pacjenta
- 4: Ciężkie: Problemy obecne i uniemożliwiające podejmowanie przez pacjenta normalnej aktywności i kontaktów społecznych lub utrzymanie poprzednich standardów życia osobistego lub rodzinnego



Pozostałe pytania w Części I (Pozaruchowe aspekty codziennych czynności) [Sen, Nadmierna senność w ciągu dnia, Ból i inne wrażenia czuciowe, zaburzenia mikcji, zaparcia, zawroty głowy przy wstawaniu, zmęczenie] znajdują się w **Kwestionariuszu Pacjenta** w Części II [Czynności codzienne].

Kwestionariusz Pacjenta:

Instrukcja:

Kwestionariusz ten dotyczy codziennych czynności.

Znajduje się w nim 20 pytań. Ze względu na jego dokładność niektóre z pytań mogą nie dotyczyć Pana/Pani teraz lub kiedykolwiek. Jeśli nie doświadcza Pan/Pani danego problemu po prostu proszę zaznaczyć 0 lub NIE.

Proszę przeczytać dokładnie każde pytanie i wszystkie odpowiedzi zanim wybierze Pan/Pani tą najbardziej właściwą.

Interesuje nas średnia sprawność lub zwykle funkcjonowanie ruchowe w ciągu ostatniego tygodnia wliczając w to dzień dzisiejszy.

Niektórzy pacjenci mogą wykonywać czynności lepiej w określonej porze dnia niż w pozostałym czasie. Jednakże dozwolona jest tylko jedna odpowiedź na każde pytanie, więc proszę zaznaczyć tą odpowiedź, która najlepiej określa to, co może Pana/Pani robić przez większość czasu.

Możliwe, że choruje Pan/Pani na inne schorzenia, poza chorobą Parkinsona. Proszę się nie obawiać oddzielić objawy choroby Parkinsona od objawów innych schorzeń. Proszę po prostu zaznaczyć najodpowiedniejszą dla Pani/Pana odpowiedź.

Odpowiadając proszę używać jedynie cyfr 0,1,2,3,4, żadnych innych. Proszę nie pozostawiać żadnych pól pustych.

Pani/Pana lekarz lub pielęgniarka mogą z Panem/Panią przeanalizować pytania, jednak ten kwestionariusz musi wypełnić pacjent, sam lub z pomocą opiekunów.

Kto wypełnia kwestionariusz (zaznaczyć bardziej właściwą odpowiedź):

- Pacjent Opiekun Pacjent i Opiekun w równych proporcjach

Część I: Pozaruchowe aspekty codziennego funkcjonowania (nM-EDL)

1.7 ZABURZENIA SNU

Czy w ciągu ostatniego tygodnia miałeś problemy z zaśnięciem lub utrzymaniem snu w ciągu nocy? Uwzględnij to czy czułeś się wypoczęty po obudzeniu się rano

- 0: Prawidłowo: Brak zaburzeń snu.
- 1: Niewielkie: Zaburzenia snu obecne, ale zwykle nie powodują problemów w przespaniu całej nocy
- 2: Łagodne: Zaburzenia snu zwykle powodujące trudności w przespaniu całej nocy
- 3: Umiarkowane: Zaburzenia snu powodujące znaczne trudności w przespaniu całej nocy, ale zwykle śpię więcej niż połowę nocy
- 4: Ciężkie: Zwykle nie śpię przez większą część nocy.

WYNIK

1.8 NADMIERNA SENNOŚĆ W CIĄGU DNIA

Czy w ciągu ostatniego tygodnia miał Pan/Pani problemy z nadmierną sennością w ciągu dnia?

- 0: Prawidłowo: Brak nadmiernej senności w ciągu dnia.
- 1: Niewielkie: Nadmierna senność pojawia się, ale mogę ją opanować i nie zasnąć.
- 2: Łagodne: Czasem zasypiam kiedy jestem sam i jestem zrelaksowany np. w czasie czytania lub oglądania telewizji.
- 3: Średnie: Czasami zasypiam wtedy kiedy nie powinienem np. w czasie spożywania posiłków lub rozmowy z innymi ludźmi.
- 4: Ciężkie: Często zasypiam wtedy kiedy nie powinienem np. podczas spożywania posiłków lub rozmowy z innymi ludźmi.

1.9 BÓL I INNE DOLEGLIWOŚCI	WYNIK
<p>Czy w ciągu ostatniego tygodnia odczuwał Pan/Pani nieprzyjemne wrażenia w obrębie swojego ciała np. ból, różne mrowienie lub skurcze?</p> <p>0: Prawidłowe: Brak nieprzyjemnych odczuć.</p> <p>1. Niewielkie: Mam takie odczucia. Jednak mogę wykonywać wszystkie czynności i przebywać z innymi ludźmi bez żadnych trudności.</p> <p>2. Łagodne: Te odczucia sprawiają mi problemy w wykonywaniu czynności i przebywaniu z innymi ludźmi.</p> <p>3. Średnie: Te odczucia sprawiają mi wiele problemów, ale nie powstrzymują mnie przed wykonywaniem czynności i przebywaniem z innymi ludźmi.</p> <p>4. Ciężkie: Te odczucia powstrzymują mnie przed wykonywaniem czynności i przebywaniem z innymi ludźmi.</p>	<input data-bbox="1403 506 1495 600" type="checkbox"/>
<p>1.10 ZABURZENIA MIKCCJI</p> <p>Czy w ciągu ostatniego tygodnia miał Pan/Pani problem z kontrolowaniem oddawania moczu? np. nagłą potrzebę oddania moczu, częste oddawanie moczu lub nagłe nietrzymanie moczu?</p> <p>0: Prawidłowo: Brak problemów z kontrolowaniem moczu.</p> <p>1: Niewielkie: Mam potrzebę częstego lub nagłego oddawania moczu. Jednak te problemy nie wpływają na moją codzienną aktywność.</p> <p>2: Łagodne: Problemy z mikcją wpływają na moje codzienne aktywności. Jednak nie mam epizodów nietrzymania moczu.</p> <p>3: Średnie: Problemy z mikcją znacznie wpływają na moje codzienne aktywności i zdarza się nietrzymanie moczu.</p> <p>4: Ciężkie: Problemy z mikcją uniemożliwiają mi moją codzienną aktywność. Nie potrafię kontrolować oddawania moczu i używam wkładek zabezpieczających lub mam założony cewnik do pęcherza.</p>	<input data-bbox="1403 1360 1495 1455" type="checkbox"/>

1.13 ZMĘCZENIE

WYNIK

Czy w ciągu ostatniego tygodnia zwykle czuł się Pan/Pani zmęczony? To uczucie nie jest elementem senności lub smutku.

0: Prawidłowe: Brak zmęczenia.

1: Niewielkie: Zmęczenie występuje. Jednak nie sprawia mi problemów w wykonywaniu czynności i przebywaniu z innymi ludźmi.

2: Łagodne: Zmęczenie czasem sprawia mi problemy w wykonywaniu czynności i przebywaniu z innymi ludźmi.

3: Średnie: Zmęczenie sprawia mi dużo problemów w wykonywaniu czynności i przebywaniu z innymi ludźmi. Jednak nie powstrzymuje mnie przed wykonywaniem wszystkich czynności

4: Ciężkie: Zmęczenie nie pozwala mi na wykonywanie czynności i przebywanie z innymi ludźmi.

Część II: Ruchowe aspekty codziennego funkcjonowania (M-EDL)

2.1 MOWA

Czy w ciągu ostatniego tygodnia miał Pan/Pani problemy z mową?

0: Prawidłowe: Wcale (brak problemów).

1. Niewielkie: Moja mowa jest cicha, niewyraźna lub przerywana, ale inni nie proszą mnie o powtórzenie tego co mówię.

2: Łagodne: Moje problemy z mową powodują, że od czasu do czasu ludzie proszą mnie o powtórzenie tego co mówię, lecz nie zdarza się to codziennie

3: Średnie: Moja mowa jest na tyle niezrozumiała, że inni codziennie proszą mnie o powtórzenie tego co mówię, chociaż większość moich wypowiedzi jest zrozumiałych.

4: Ciężkie: Większość lub całość moich wypowiedzi jest niezrozumiałych.

2.2 NADMIERNE WYDZIELANIE ŚLINY

Czy w ciągu ostatniego tygodnia, zwykle miał Pan/Pani uczucie nadmiaru śliny w czasie snu lub w ciągu dnia?

- 0: Prawidłowe: Wcale (brak problemów).
- 1: Niewielkie: Mam uczucie nadmiaru śliny, ale ślina nie wycieka mi z ust.
- 2: Łagodne: Ślina wycieka mi z ust w czasie snu, ale nie w ciągu dnia.
- 3: Średnie: Mam niewielki ślinotok w ciągu dnia ale zwykle nie potrzebuję chusteczek higienicznych lub chustek.
- 4: Ciężkie: Mam taki ślinotok, że regularnie potrzebuję chusteczek higienicznych lub chustek aby zabezpieczyć ubranie.

WYNIK

2.3 ŻUCIE I POŁYKANIE

Czy w ciągu ostatniego tygodnia, zwykle miał Pan/Pani problemy z połykaniem tabletek lub spożywaniem posiłków?

Czy musiał Pan/Pani przecinać lub rozkruszać tabletki albo kroić lub miksować posiłki aby uniknąć zakrztuszenia się?

- 0: Prawidłowe: Brak problemów.
- 1: Niewielkie: Wiem, że wolniej przeżuwać lub trudniej połykam ale nie krztuszę się i nie potrzebuję specjalnie przygotowywać posiłków.
- 2: Łagodne: Muszę przecinać tabletki lub rozdrabniać posiłki z powodu problemów z żuciem lub połykaniem, ale nie zakrztusiłem się w ciągu ostatniego tygodnia.
- 3: Średnie: W ciągu ostatniego tygodnia przynajmniej raz się zakrztusiłem.
4. Ciężkie: Z powodu problemów z żuciem lub połykaniem wymagam karmienia przez sondę.

2.4 SPOŻYWANIE POSILKÓW

WYNIK

Czy w ciągu ostatniego tygodnia miał Pan/Pani zwykle trudności z posługiwaniem się sztucami? Np. czy miał Pan/Pani problem z utrzymaniem pokarmu w ręce lub używaniem noża, widelca, łyżki, pałeczek do ryżu?

0: Prawidłowe: Wcale (brak problemów).

1: Niewielkie: Jestem spowolniały, ale nie potrzebuję pomocy w spożywaniu posiłków i nie brudzę przy jedzeniu.

2: Łagodne: Jestem spowolniały i od czasu do czasu brudzę podczas spożywania posiłków. Mogę potrzebować pomocy z niektórymi czynnościami takimi jak np. krojenie mięsa.

3: Średnie: Potrzebuję pomocy z wieloma czynnościami podczas jedzenia ale z niektórymi radzę sobie sam.

4: Ciężkie: Potrzebuję pomocy w większości czynności związanych z jedzeniem.

2.5 UBIERANIE SIĘ

Czy w ciągu ostatniego tygodnia, zazwyczaj miał Pan/Pani problemy z ubieraniem się? Np. czy jest Pan/Pani spowolniały albo potrzebuje Pan/Pani pomocy z zapinaniem guzików, zasuwaniem suwaka, wkładaniem lub zdejmowaniem ubrania czy biżuterii?

0: Prawidłowe: Wcale (brak problemów).

1: Niewielkie: Jestem spowolniały ale nie potrzebuję pomocy.

2: Łagodne: Jestem spowolniały i potrzebuję pomocy z niektórymi czynnościami (guziki, bransoletki).

3: Średnie: Potrzebuję pomocy z wieloma czynnościami związanymi z ubieraniem się.

4: Ciężkie: Potrzebuję pomocy z większością lub wszystkimi czynnościami związanymi z ubieraniem się.

2.9 PRZEWRACANIE SIĘ W ŁÓŻKU	WYNIK
<p>Czy w ciągu ostatniego tygodnia, zazwyczaj miał Pan/Pani problemy z obracaniem się w łóżku?</p> <p>0: Prawidłowe: Wcale (brak problemów).</p> <p>1: Niewielkie: Mam niewielkie problemy z przewracaniem się, ale nie potrzebuję żadnej pomocy.</p> <p>2: Łagodne: Mam dużo problemów z przewracaniem się i od czas do czasu potrzebuję czyjejs pomocy</p> <p>3: Średnie: Często potrzebuję czyjejs pomocy żeby się przewrócić.</p> <p>4: Ciężkie: Nie mogę się przewrócić bez czyjejs pomocy.</p>	<input data-bbox="1414 407 1507 499" type="checkbox"/>
<p>2.10 DRŻENIE</p> <p>Czy w ciągu ostatniego tygodnia, zwykle trząsał się Pan/Pani lub odczuwał Pan/Pani drżenie?</p> <p>0: Prawidłowe: Wcale. Nie trzęsę się i nie mam drżenia.</p> <p>1: Niewielkie: Drżenie pojawia się, ale nie powoduje problemów w żadnych czynnościach.</p> <p>2: Łagodne: Drżenie powoduje problemy jedynie z niektórymi czynnościami.</p> <p>3: Średnie: Drżenie powoduje problemy z większością moich codziennych aktywności.</p> <p>4: Ciężkie: Drżenie powoduje problemy w większości lub we wszystkich aktywnościach.</p>	<input data-bbox="1414 974 1507 1066" type="checkbox"/>
<p>2.11 WSTAWANIE Z ŁÓŻKA, GŁĘBOKIEGO FOTEŁA LUB WYCHODZENIE Z SAMOCHODU</p> <p>Czy w ciągu ostatniego tygodnia, zazwyczaj miał Pan/Pani problemy ze wstawaniem z łóżka, głębokiego fotela lub z wychodzeniem z samochodu?</p> <p>0: Prawidłowe: Wcale (brak problemów).</p> <p>1: Niewielkie: Jestem spowolniały lub niezgrabny, ale zwykle mogę to zrobić w pierwszej próbie.</p> <p>2: Łagodne: Potrzebuję więcej niż jednej próby lub okazjonalnie pomocy aby wstać.</p> <p>3: Średnie: Czasami potrzebuję pomocy żeby wstać, ale w większości mogę wciąż wykonywać to samemu.</p> <p>4: Ciężkie: Potrzebuję pomocy przez większość czasu.</p>	<input data-bbox="1414 1507 1507 1600" type="checkbox"/>

2.12 CHÓD I RÓWNOWAGA

Czy w ciągu ostatniego tygodnia, zwykle miał Pan/Pani problemy z utrzymaniem równowagi i chodzeniem?

- 0: Prawidłowe: Wcale (brak problemów).
- 1: Niewielkie: Jestem nieznacznie spowolniały lub powłóczę nogą. Nigdy nie używam laski.
- 2: Łagodne: Od czasu do czasu używam laski, ale nie potrzebuję pomocy innej osoby.
- 3: Średnie: Zwykle używam laski lub balkonika aby iść bezpiecznie bez upadków. Jednak zwykle nie potrzebuję pomocy innej osoby.
- 4: Ciężkie: Zwykle potrzebuję pomocy innej osoby aby iść bezpiecznie bez upadków.

WYNIK

2.13 PRZYMROŻENIA

Czy w ciągu ostatniego tygodnia, w zwykły dzień, nagle zatrzymywał się Pan/Pani lub zastygał Pan/Pani w czasie chodzenia tak jakby stopy były przytwierdzone do podłogi?

- 0: Prawidłowe: Wcale (brak problemów).
- 1: Niewielkie: Na krótko zastygam ale mogę łatwo zacząć ponownie iść naprzód. Z powodu przymrożenia nie potrzebuję laski lub pomocy innej osoby.
- 2: Łagodne: Mam przymrożenia i problemy aby ponownie iść naprzód, ale z powodu przymrożeń nie potrzebuję laski lub pomocy innej osoby.
- 3: Średnie: Podczas przymrożeń mam duży problem aby zacząć ponownie iść naprzód i z powodu przymrożeń czasami potrzebuję laski lub pomocy innej osoby.
- 4: Ciężkie: Z powodu przymrożeń, przez większość czasu potrzebuję laski lub pomocy innej osoby.

To koniec kwestionariusza. Mogły w nim paść pytania o problemy, których Pan/Pani nie ma i mogły zostać poruszone problemy, których Pan/Pani nigdy nie doświadczy. Nie wszyscy pacjenci rozwijają wszystkie te problemy, ale ponieważ mogą się one pojawić istotnym jest, aby zadać wszystkie pytania każdemu pacjentowi. Dziękujemy za poświęcony czas i uwagę w celu wypełnienia tego kwestionariusza.

Część III: Objawy ruchowe

Informacje ogólne: Ta część skali UPDRS służy do oceny objawów ruchowych choroby Parkinsona. Używając części III skali MDS-UPDRS badający powinien stosować się do poniższych wskazówek:

Na górze formularza należy zaznaczyć, czy chory stosuje leki przeciwparkinsonowskie oraz jeśli stosuje L-dopę, kiedy (o której godzinie) przyjął ostatnią dawkę.

Ponadto, jeśli chory przyjmuje leki przeciwparkinsonowskie należy opisać stan kliniczny chorego w trakcie badania używając następujących pojęć:

ON - stan, gdy u chorego stosującego leki przeciwparkinsonowskie odpowiedź kliniczna jest dobra

OFF - stan, gdy odpowiedź kliniczna jest zła, mimo stosowania przez chorego leków przeciwparkinsonowskich

Badający powinien oceniać "to co widzi". Trzeba przyznać, że równoczesne występowanie objawów przebytego udaru mózgu, porażenia kończyn, zapalenia stawów, przykurczów czy problemów ortopedycznych jak endoproteza stawu biodrowego lub kolanowego, bądź skolioza, może wpłynąć na poszczególne elementy oceniane w części III skali MDS-UPDRS. W sytuacji, gdy zupełnie niemożliwe jest wykonanie części badania (np. z powodu amputacji kończyny, porażenia, założonego na kończynę opatrunku gipsowego), należy użyć sformułowania „**BMO**” - Brak Możliwości Oceny. W pozostałych przypadkach należy ocenić wykonanie każdego elementu skali, zgodnie z rzeczywistymi możliwościami chorego, niezależnie od współistniejących chorób.

Wszystkie oceniane elementy muszą posiadać ocenę wyrażoną w postaci liczby całkowitej (nie można przyznać pół punktu, nie można pominąć żadnego elementu badania lub nie ocenić go wcale).

Szczegółowe instrukcje są przyporządkowane każdemu elementowi badania. Należy posługiwać się tymi instrukcjami oceniając poszczególne zadania w skali MDS-UPDRS. Badający może zademonstrować choremu jak należy wykonać dany element testu, a następnie od razu powinien ocenić wykonanie zadania przez chorego. Zadania oceniające "Ogólne Spontaniczne Ruchy i Drżenie Spoczynkowe" (3.14 i 3.17), zostały umieszczone celowo na końcu skali, ponieważ informacje kliniczne odnośnie tych elementów będą uzyskiwane sukcesywnie w trakcie całego badania.

Na końcu skali należy ocenić czy dyskinezy (ruchy płasawicze lub dystoniczne) były obecne w trakcie badania oraz jeśli tak, to czy objawy te utrudniały ocenę zaburzeń ruchowych.

3a Czy chory jest leczony lekami przeciwparkinsonowskimi?

Nie Tak

3b Jeśli chory otrzymuje leki przeciwparkinsonowskie zaznacz stan kliniczny chorego używając jednego z dwóch poniżej opisanych pojęć:

ON: stan, gdy u chorego stosującego leki przeciwparkinsonowskie odpowiedź kliniczna jest dobra

OFF: stan, gdy odpowiedź kliniczna jest zła, mimo stosowania przez chorego leków przeciwparkinsonowskich.

3c Czy chory stosuje lewodopę?

Nie Tak

3.C1 Jeśli tak, wpisz liczbę minut jaka upłynęła od przyjęcia ostatniej dawki: _____

3.1 MOWA	WYNIK
<p><u>Instrukcja dla badającego:</u> Posłuchaj mowy spontanicznej chorego (w trakcie swobodnej wypowiedzi), zachęć chorego do rozmowy jeśli jest to konieczne. Sugerowane tematy: zapytaj o wykonywaną przez chorego pracę, o jego zainteresowania, o wykonywane ćwiczenia fizyczne, zapytaj w jaki sposób dotarł na wizytę do gabinetu lekarskiego. Oceń siłę głosu, brzmienie (prozodię) mowy oraz swobodę wypowiedzi, oceń również czy mowa jest wyraźna, czy chory powtarza sylaby (palilalia), czy pojawia się tachyfemia (szybka mowa ze zlewającymi się razem sylabami).</p> <p>0: Brak: Brak problemów z mową.</p> <p>1: Niewielkie: Utrata brzmienia mowy, dykcji lub obniżenie siły głosu, ale wciąż wszystkie słowa są łatwe do zrozumienia.</p> <p>2: Łagodne: Mowa monotonna, utrata dykcji lub obniżenie siły głosu, pojedyncze słowa trudne do zrozumienia, ale ogólnie tok wypowiedzi zrozumiały.</p> <p>3: Umiarkowane: Wyraźne zaburzenia mowy, mowa w większości jest trudna do zrozumienia.</p> <p>4: Ciężkie: Większość wypowiedzi jest trudna do zrozumienia lub mowa zupełnie niezrozumiała.</p>	<input data-bbox="1414 579 1507 674" type="checkbox"/>
<p>3.2 WYRAZ TWARZY</p> <p><u>Instrukcja dla badającego:</u> Obserwuj przez 10 sekund chorego siedzącego w spoczynku, w ciszy oraz w trakcie mówienia. Oceń częstość mrugania, zwróć uwagę na wygładzenie rysów twarzy i utratę wyrazu twarzy, na obecność niedomykania się ust oraz na pojawianie się spontanicznego uśmiechu.</p> <p>0: Brak: Normalny wyraz twarzy.</p> <p>1: Niewielka: Minimalna maskowatość twarzy manifestująca się jedynie przez zmniejszenie częstości mrugania.</p> <p>2: Łagodna: Poza ograniczeniem częstości mrugania, maskowatość twarzy obecna również w dolnej części twarzy pod postacią zmniejszenia ilości ruchów ust, np. rzadziej pojawiający się spontaniczny uśmiech, ale bez niedomykania ust.</p> <p>3: Umiarkowana: Maskowata twarz z czasowym niedomykaniem ust w trakcie spoczynku.</p> <p>4: Ciężka: Maskowata twarz z niedomykaniem ust przez większość czasu.</p>	<input data-bbox="1409 1514 1502 1608" type="checkbox"/>

3.3 SZTYWNOŚĆ

Instrukcja dla badającego: Sztywność jest oceniana w trakcie powolnego, biernego ruchu w dużych stawach, u chorego który jest rozluźniony, podczas gdy badający wykonuje ruchy kończynami i szyją. Na początku oceń napięcie bez wykonywania dodatkowych czynności aktywujących. Zbadaj i oceń szyję oraz każdą z kończyn osobno. W kończynach górnych zbadaj jednocześnie napięcie w nadgarstku i stawie łokciowym. W kończynach dolnych zbadaj jednocześnie napięcie w stawie biodrowym i kolanowym. Jeśli nie stwierdzisz sztywności w kończynie badanej, użyj metody jej aktywowania poprzez wykonanie **w kończynie, która nie jest oceniana** takich czynności jak stukanie palcami, otwieranie i zamykanie pięści, bądź uderzanie piętą w podłoże. Poinstruj chorego by był rozluźniony w trakcie badania najlepiej jak potrafi.

- 0: Prawidłowo: Prawidłowe napięcie mięśniowe, brak sztywności.
- 1: Niewielka: Sztywność obecna jedynie w trakcie dodatkowych testów sprawności ruchowej.
- 2: Łagodna: Sztywność obecna bez wykonywania dodatkowych testów sprawności ruchowej, ale z zachowanym pełnym zakresem ruchów.
- 3: Średnia: Sztywność obecna bez wykonywania dodatkowych testów sprawności ruchowej, pełny zakres ruchów możliwy do osiągnięcia ale z pewnym wysiłkiem
- 4: Ciężka: Sztywność obecna bez wykonywania dodatkowych testów sprawności ruchowej, pełny zakres ruchów niemożliwy do wykonania.

Legenda:

PKG – prawa kończyna górna
LKG – lewa kończyna górna
PKD – prawa kończyna dolna
LKD – lewa kończyna dolna

WYNIK

Szyja

PKG

LKG

PKD

LKD

3.4 SZYBKIE RUCHY PALCÓW

Instrukcja dla badającego: Każda ręka powinna być zbadana oddzielnie. Należy pokazać choremu sposób wykonania testu, ale zaprzestać wykonywania ruchu, kiedy tylko chory sam rozpocznie wykonywanie zadania. Poleć choremu stuknąć palcami 10 razy najszybciej jak potrafi ORAZ w największym zakresie ruchu (amplitudzie) w jakim jest w stanie, używając tylko palca wskazującego i kciuka. Oceń każdą kończynę osobno, biorąc pod uwagę szybkość wykonywania zadania, amplitudę ruchu, wahania, zatrzymania i zmniejszanie się amplitudy w czasie.

Upośledzenie szybkich ruchów palców:

- 0: Brak: Chory wykonuje zadanie bez problemu.
- 1: Niewielkie: Występowanie któregośkolwiek z objawów: a) regularność rytmu jest zaburzona 1-2 razy lub występują zawahania w czasie ruchu; b) nieznaczne spowolnienie ruchu; c) zmniejszenie amplitudy pod koniec 10-tego powtórzenia.
- 2: Łagodne: Występowanie któregośkolwiek z objawów: a) 3 do 5 razy przerwanie ruchu w czasie stukania palcami; b) łagodne spowolnienie ruchu; c) zmniejszenie amplitudy w połowie zadania obejmującego 10 powtórzeń
- 3: Średnie: Występowanie któregośkolwiek z objawów: a) więcej niż 5 razy przerwanie ruchu w czasie stukania palcami bądź przynajmniej 1 dłuższe zatrzymanie w czasie ruchu; b) średnie spowolnienie ruchu; c) spadek amplitudy pojawia się już po pierwszym ruchu
- 4: Ciężkie: Chory nie może wykonać zadania lub jest w stanie wykonać tylko pojedyncze ruchy stukania palcami ze względu na znaczne spowolnienie, zatrzymania lub spadek amplitudy ruchu.

WYNIK

P

L

3.5 RUCHY RĄK

Instrukcja dla badającego: Oceń każdą z rąk osobno. Należy pokazać choremu sposób wykonania zadania, ale zaprzestać, kiedy tylko chory sam rozpocznie wykonywanie testu. Poleć choremu, aby mocno zacisnął pięść trzymając kończynę zgiętą w stawie łokciowym, tak aby wewnętrzna część ręki była zwrócona do badającego. Następnie poleć choremu otwierać rękę jak najszerzej i zaciskać pięść jak najmocniej, najlepiej jak potrafi, wykonując 10 powtórzeń. Jeśli chory nie jest w stanie zacisnąć pięści lub otworzyć ręki w pełnym zakresie, powtórz choremu polecenie i przypomnij o konieczności wykonania zadania najlepiej jak potrafi. Oceń każdą ze stron oddzielnie, oceniając szybkość, amplitudę, wahania, zatrzymania i spadek amplitudy w czasie zadania.

- 0: Brak: Normalne ruchy rąk.
- 1: Niewielkie: Występowanie któregośkolwiek z objawów: a) regularność rytmu ruchu rąk jest zaburzona 1-2-krotnie lub są obecne wahania w trakcie ruchu; b) łagodne spowolnienie; c) spadek amplitudy pod koniec wykonywania zadania
- 2: Łagodne: Występowanie któregośkolwiek z objawów: a) 3 do 5 zaburzeń regularności rytmu ruchu rąk; b) łagodne spowolnienie; c) obniżenie amplitudy w trakcie wykonywania zadania.
- 3: Średnie: Występowanie któregośkolwiek z objawów: a) więcej niż 5 zaburzeń regularności rytmu ruchu rąk lub przynajmniej jedno dłuższe zatrzymanie; b) średnie spowolnienie; c) spadek amplitudy ruchu rozpoczyna się już na samym początku
4. Ciężkie: Zadanie prawie lub zupełnie niewykonalne

WYNIK

P

L

3.6 SZYBKIE RUCHY NAPRZEMIENNE RĄK (RUCH PRONACJI-SUPINACJI)

Instrukcja dla badającego: Oceń każdą rękę osobno. Należy pokazać choremu sposób wykonania testu, ale zaprzestać, kiedy tylko chory sam rozpocznie wykonywanie zadania. Poucz chorego aby wyciągnął ramiona przed siebie z częścią dłoniową ręki skierowaną do dołu, następnie każ choremu wykonać co najmniej 10 szybkich ruchów naprzemiennych, najszybciej jak potrafi i w pełnym zakresie ruchu. Oceń każdą kończynę osobno biorąc pod uwagę szybkość, amplitudę, zaburzenia ruchu oraz zatrzymania i spadek amplitudy.

- 0: Brak: Ruch wykonywany bez problemu.
- 1: Niewielkie: Występowanie któregośkolwiek z objawów: a) regularność ruchu zaburzona 1-2 krotnie lub wahania ruchu; b) niewielkie spowolnienie; c) spadek amplitudy pod koniec wykonywania ruchu
- 2: Łagodne: Występowanie któregośkolwiek z objawów: a) 3 do 5 zaburzeń regularności ruchu; b) łagodne spowolnienie; c) spadek amplitudy ruchu w trakcie wykonywania zadania
- 3: Średnie: Występowanie któregośkolwiek z objawów: a) więcej niż 5 zaburzeń regularności ruchu lub 1 dłuższe zatrzymanie; b) średniego stopnia spowolnienie; c) spadek amplitudy już na początku ruchu
- 4: Ciężkie: Ruchy naprzemiennie prawie niemożliwe lub zupełnie niemożliwe do wykonania.

WYNIK

P

L

3.7 SZYBKIE RUCHY KOŃCZYN DOLNYCH

Instrukcja dla badającego: Chory powinien być badany w pozycji siedzącej, siedząc na krześle z oparciem i podłokietnikami, mając obie stopy oparte na podłożu. Oceń każdą ze stóp osobno. Należy pokazać choremu sposób wykonania testu, ale zaprzestać, kiedy chory sam rozpocznie wykonanie zadania. Poucz chorego, by postawił piętę na podłożu w wygodnej pozycji, a następnie co najmniej 10 razy stuknął w podłogę palcami stopy tak szybko i z dużym zakresem ruchu jak tylko potrafi. Oceń każdą kończynę osobno, biorąc pod uwagę szybkość, amplitudę, zaburzenia ruchu, zatrzymania, spadek amplitudy.

- 0: Brak: Ruch wykonywany bez problemu.
- 1: Niewielkie: Występowanie któregośkolwiek z objawów: a) regularność ruchu zaburzona 1-2 krotnie lub wahania ruchu; b) niewielkie spowolnienie; c) spadek amplitudy pod koniec wykonywania ruchu
- 2: Łagodne: Występowanie któregośkolwiek z objawów: a) 3 do 5 zaburzeń regularności ruchu; b) łagodne spowolnienie; c) spadek amplitudy ruchu w trakcie wykonywania zadania
- 3: Średnie: Występowanie któregośkolwiek z objawów: a) więcej niż 5 zaburzeń w regularności ruchu lub 1 dłuższe zatrzymanie; b) średniego stopnia spowolnienie; c) spadek amplitudy już na początku ruchu
- 4: Ciężkie: Ruch prawie niemożliwy lub niemożliwy do wykonania

WYNIK

P

L

3.8 SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN DOLNYCH

Instrukcja dla badającego: Chory powinien być badany w pozycji siedzącej, siedząc na krześle z oparciem i podłokietnikami. Obie stopy chorego powinny być wygodnie oparte o podłogę. Oceń każdą z kończyn dolnych osobno. Należy pokazać choremu sposób wykonania zadania, ale zaprzestać, kiedy chory sam rozpocznie wykonanie testu. Poucz chorego, by postawił stopę na podłożu w wygodnej pozycji a następnie co najmniej 10 razy uniósł ją i tupnął w podłogę, tak szybko i z dużym zakresem ruchu jak tylko potrafi. Oceń każdą kończynę osobno, biorąc pod uwagę szybkość, amplitudę, zaburzenia ruchu, zatrzymania, spadek amplitudy.

- 0: Brak: Ruch wykonywany bez problemu.
- 1: Niewielkie: Występowanie któregośkolwiek z objawów: a) regularność ruchu zaburzona 1-2 krotnie lub wahania ruchu; b) niewielkie spowolnienie; c) spadek amplitudy pod koniec wykonywania ruchu
- 2: Łagodne: Występowanie któregośkolwiek z objawów: a) 3 do 5 zaburzeń regularności ruchu; b) łagodne spowolnienie; c) spadek amplitudy ruchu w trakcie wykonywania zadania.
- 3: Średnie: Występowanie któregośkolwiek z objawów: a) więcej niż 5 zaburzeń regularności ruchu lub 1 dłuższe zatrzymanie; b) średniego stopnia spowolnienie; c) spadek amplitudy już na początku ruchu
- 4: Ciężkie: Ruch prawie niemożliwy lub zupełnie niemożliwy do wykonania

WYNIK

P

L

3.9 WSTAWANIE Z KRZESŁA

Instrukcja dla badającego: Chory powinien być badany w pozycji siedzącej, siedząc na krześle z oparciem i podłokietnikami. Chory powinien być oparty i siedzieć prosto, a obie stopy chorego powinny być wygodnie oparte o podłogę (jeśli tylko chory nie jest zbyt niski). Poproś chorego, aby skrzyżował ramiona na klatce piersiowej, a następnie wstał. Jeśli choremu nie uda się wstać, powinien spróbować ponownie, ale nie więcej niż dwa razy. Jeśli nadal chory nie jest w stanie wstać z krzesła pozwól choremu przesunąć się na krześle do przodu i wstać, ramiona chorego nadal powinny być skrzyżowane na klatce piersiowej. W tej pozycji dozwolona jest tylko jedna próba. Jeśli i tym razem próba okaże się nieudana pozwól choremu odepchnąć się rękami od podłokietników krzesła. Dozwolone są maksymalnie trzy próby z tej pozycji. Jeżeli nadal chory nie jest w stanie wykonać zadania, pomóż choremu wstać. Kiedy chory wstanie oceń jego postawę wg części 3.13.

- 0: Brak: Chory jest w stanie wstać z krzesła bez problemu.
1: Niewielkie: Wstawanie wolniejsze niż normalne; lub chory potrzebuje więcej niż jednej próby; lub potrzebuje przesunąć się na krześle do przodu żeby wstać. Nie ma potrzeby odepchnięcia się.
2: Łagodne: Chory musi się odepchnąć, ale wstaje z krzesła bez problemu.
3: Średnie: Chory musi się odepchnąć by wstać, ma też tendencję do padania do tyłu; lub musi próbować więcej niż raz używając podłokietników krzesła, ale może wstać sam, bez pomocy.
4: Ciężkie: Brak możliwości wstania z krzesła bez pomocy.

WYNIK

3.10 CHÓD

Instrukcja dla badającego: Najlepszym sposobem badania chodu jest ocena chodu podczas swobodnego przemieszczania się chorego w stronę badającego i w stronę przeciwną, tak by badający mógł równocześnie obserwować zachowanie prawej i lewej połowy ciała chorego. Chory powinien przejść co najmniej 10 metrów, następnie odwrócić się i przejść w stronę badającego. Test pozwala ocenić różne elementy chodu: długość kroków, szybkość chodu, wysokość uniesienia stopy, stukanie pięt podczas chodu, odwracanie się, współruchy kończyn górnych, ale nie daje możliwości oceny przymrożenia (freezing). Obserwując jak chory chodzi pamiętaj jednak o ocenie "przymrożenia w trakcie poruszania się" (następny podpunkt 3.11). Oceń również postawę wg podpunktu 3.13.

- 0: Brak: Bez problemów z chodzeniem.
1: Niewielkie: Chory porusza się samodzielnie; widoczne niewielkie zaburzenia chodu.
2: Łagodne: Chory porusza się samodzielnie, ale widoczne znaczne zaburzenia chodu.
3: Średnie: Chory wymaga użycia laski lub balkonika do bezpiecznego poruszania się, ale nie wymaga pomocy osób trzecich.
4: Ciężkie: Chory nie potrafi chodzić samodzielnie, porusza się tylko z pomocą osób trzecich.

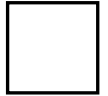
WYNIK

3.11 "PRZYMROŻENIA" W TRAKCIE CHODZENIA

Instrukcja dla badającego: Oceniając chód należy również ocenić go pod kątem występowania epizodów zatrzymań/przymrożeń. Oceń chorego pod kątem problemów z zapoczątkowaniem chodu, oraz nieregularności ruchu zwłaszcza w momencie odwracania się i w końcowej fazie ruchu. Celem bardziej obiektywnej oceny, jeśli tylko pozwala na to bezpieczeństwo chorego, NIE powinien on korzystać z żadnych trików ułatwiających chodzenie (sensory tricks) w trakcie badania.

- 0: Brak: Chód prawidłowy, brak przymrożeń/zatrzymań.
1: Niewielkie: Przymrożenia obecne na początku ruchu, przy odwracaniu się lub przechodzeniu przez drzwi, z pojedynczym zatrzymaniem podczas którejkolwiek z powyższych czynności, ale dalej podczas chodu na wprost ruch jest kontynuowany bez zatrzymań.
2: Łagodne: Przymrożenia obecne na początku ruchu, przy odwracaniu się lub przechodzeniu przez drzwi, z więcej niż jednym zatrzymaniem podczas którejkolwiek z powyższych czynności, ale dalej podczas chodu na wprost ruch jest kontynuowany bez zatrzymań
3: Średnie: Pojedyncze zatrzymanie podczas chodu na wprost
4: Ciężkie: Wielokrotne zatrzymania podczas chodu na wprost

WYNIK



3.12 STABILNOŚĆ POSTAWY

Instrukcja dla badającego: Ten test ocenia odpowiedź na nagłe zaburzenie postawy ciała chorego spowodowane szybkim i silnym pociągnięciem za ramiona, gdy chory stoi z otwartymi oczami, wyprostowany, ze stopami ustawionymi równolegle, w niewielkim rozkroku. Oceń retropulsję. Stań za chorym i uprzedź go co masz zamiar zrobić. Wytlumacz, że chory może zrobić krok do tyłu żeby uniknąć upadku. Za badającym powinna się znajdować solidna ściana w odległości około 1-2 metrów tak by wystarczyło miejsca do obserwowania ilości kroków chorego niezbędnych do utrzymania stabilnej postawy. Pierwsze pociągnięcie ma na celu zademonstrowanie choremu testu i powinno być łagodniejsze, nie jest ono oceniane. Drugie pociągnięcie powinno być energiczne i silne na tyle by zaburzyć stabilność postawy chorego tak by chory MUSIAŁ zrobić krok do tyłu. Badający powinien być przygotowany na konieczność złapania chorego, ale musi stać odpowiednio daleko z tyłu, tak by pozostawić choremu odpowiednią ilość miejsca do zrobienia kilku kroków do tyłu w celu odzyskania równowagi. Nie należy pozwalać choremu wyginać ciała nienaturalnie do przodu w oczekiwaniu na pociągnięcie w tył. W teście należy ocenić ilość kroków wykonanych przez chorego w tył, bądź ocenić ewentualny upadek. Konieczność wykonania 1-2 kroków w celu odzyskania równowagi jest uznawane za wynik prawidłowy, zatem wynik nieprawidłowy to wykonanie 3 lub więcej kroków. Jeśli chory nie zrozumie idei testu, badający może powtórzyć test, wtedy jako ostateczny wynik, brane jest przez badającego pod uwagę to wykonanie testu, które badający uzna za odpowiadające ograniczeniom ruchowym powodowanym przez chorobę, a nie przez niezrozumienie sposobu wykonania zadania lub nieodpowiednie przygotowanie do testu. Jednocześnie należy ocenić postawę dla części 3.13.

Zaburzenia odruchów posturalnych:

- 0: Brak: Brak zaburzeń. Chory stawia 1 lub 2 kroki w tył.
1: Niewielkie: 3-5 kroków w tył, ale chory odzyskuje równowagę bez pomocy.
2: Łagodne: Chory stawia więcej niż 5 kroków w tył, ale odzyskuje równowagę bez pomocy.
3: Średnie: Chory stoi bezpiecznie, ale brak stabilności postawy; chory pada do tyłu jeśli nie będzie złapany przez badającego.
4: Ciężkie: Chory zupełnie niestabilny, traci równowagę spontanicznie, bądź tylko łagodnie pociągnięty za ramiona.

WYNIK



3.13. POSTAWA

Instrukcja dla badającego: Postawę ocenia się w pozycji stojącej, po wstaniu chorego z krzesła, podczas chodzenia oraz w trakcie badania odruchów posturalnych. Jeśli zauważysz złą postawę, powiedz choremu by stanął wyprostowany i zobacz czy postawa się zmieniła (zobacz opcję 2 poniżej). Oceń najgorszą postawę zaprezentowaną przez chorego w trakcie trzech pozycji. Zwróć uwagę na przodopochylenie oraz wychylenia na boki.

- 0: Brak: Postawa prawidłowa.
1: Niewielkie: Sylwetka niezupełnie wyprostowana, ale postawa może być uznana prawidłową dla osób starszych.
2: Łagodne: Sylwetka wyraźnie pochylona, boczne skrzywienie bądź przechylenie na jedną stronę, ale chory może skorygować postawę do prawidłowej jeśli zostanie o to poproszony.
3: Średnie: Sylwetka przygarbiona, widoczne boczne skrzywienie lub przechylenie na jedną stronę co nie może zostać skorygowane dowolnie przez chorego do prawidłowej sylwetki.
4: Ciężkie: Znacznego stopnia zaburzenie postawy z przodopochyleniem, bocznym skrzywieniem lub przechyleniem na jedną stronę.

WYNIK

3.14: OGÓLNE SPOWOLNIENIE RUCHOWE (SPOWOLNIENIE CIAŁA)

Instrukcja dla badającego: Ta globalna ocena łączy w sobie wszystkie obserwacje dotyczące spowolnienia ruchów, zawahań, zmniejszenia amplitudy, zubożenia ruchów ogólnie, z uwzględnieniem redukcji gestów, np. krzyżowania nóg. Oceny tej dokonuje badający na podstawie swojego ogólnego wrażenia podczas obserwacji spontanicznych ruchów chorego w trakcie siedzenia, wstawania i chodzenia.

- 0: Brak: Brak spowolnienia.
1: Niewielkie: Nieznaczne uogólnione spowolnienie i zubożenie spontanicznych ruchów.
2: Łagodne: Łagodne uogólnione spowolnienie i zubożenie spontanicznych ruchów.
3: Średnie: Średnie uogólnione spowolnienie i zubożenie spontanicznych ruchów.
4: Ciężkie: Ciężkie uogólnione spowolnienie i zubożenie spontanicznych ruchów.

WYNIK

3.15 DRŻENIE POZYCYJNE RĄK

Instrukcja dla badającego: W tej części jest oceniany każdy rodzaj drżenia pozycyjnego, także nawrót drżenia spoczynkowego. Oceń każdą rękę osobno. Oceń największą widzianą amplitudę drżenia. Poleć choremu by wyciągnął ręce przed siebie z częścią dłoniową ręki odwróconą do dołu. Nadgarstek powinien być wyprostowany, a palce powinny być lekko rozszerzone, tak by się nie dotykały. Obserwuj ręce w tej pozycji przez 10 sekund.

- 0: Brak: Drżenie nieobecne.
1: Niewielkie: Drżenie jest widoczne ale o amplitudzie mniejszej niż 1 cm.
2: Łagodne: Drżenie jest widoczne o amplitudzie więcej niż 1 cm, ale mniej niż 3 cm.
3: Średnie: Drżenie jest widoczne o amplitudzie więcej niż 3 cm, ale mniej niż 10 cm.
4: Ciężkie: Drżenie jest widoczne o amplitudzie powyżej 10 cm.

WYNIK

P

L

3.16 DRŻENIE KINETYCZNE / ZAMIAROWE RĄK

Instrukcja dla badającego: Drżenie kinetyczne jest oceniane w teście palec-nos-palec rozpoczynając z ramionami wyciągniętymi przed siebie, chory powinien wykonać zadanie co najmniej trzykrotnie każdą ręką, dotykając najpierw czubka swojego nosa, a następnie dotykając palca badającego znajdującego się w największej możliwej odległości. Test palec-nos-palec powinien być wykonywany na tyle wolno aby umożliwić ujawnienie się drżenia, które w trakcie zbyt szybkiego ruchu mogłoby być przeoczone. Test należy wykonać osobno każdą ręką, oceniając każdą kończynę osobno. Drżenie może być obecne w trakcie trwania całego ruchu lub gdy palec chorego dotyka jego nosa lub gdy dotyka palca badającego. Oceń największą amplitudę drżenia jaką widzisz.

- 0: Brak: Brak drżenia.
1: Niewielkie: Drżenie jest obecne ale o amplitudzie mniejszej niż 1 cm.
2: Łagodne: Drżenie jest obecne o amplitudzie powyżej 1cm, ale mniej niż 3cm.
3: Średnie: Drżenie jest obecne o amplitudzie więcej niż 3 cm, ale mniej niż 10 cm.
4: Ciężkie: Drżenie jest obecne o amplitudzie powyżej 10cm.

WYNIK

P

L

3.17 AMPLITUDA DRŻENIA SPOCZYNKOWEGO

Instrukcja dla badającego: Ten i następny element badania celowo zostały umieszczone na końcu skali MDS-UPDRS, aby pozwolić badającemu zebrać obserwacje dotyczące drżenia spoczynkowego, które mogło pojawiać się w czasie wykonywania różnych zadań, wtedy gdy chory siedział, chodził lub wykonywał zadania, w których gdy jedne części ciała były w ruchu, inne pozostawały w spoczynku. Oceń maksymalną amplitudę drżenia, która była widoczna w trakcie całego badania. Oceń tylko amplitudę drżenia, a nie czas trwania czy regularność drżenia. W trakcie badania, chory powinien siedzieć spokojnie na krześle przez około 10 sekund, z rękami położonymi na podłokietnikach, (nie na kolanach), a stopy powinien mieć postawione swobodnie na podłodze. Drżenie spoczynkowe jest oceniane osobno w każdej z czterech kończyn oraz osobno ocenia się drżenie żuchwy. Oceń maksymalną amplitudę drżenia która jest widoczna w trakcie badania.

Drżenie spoczynkowe kończyn:

- 0: Brak: Drżenie nieobecne.
1: Niewielkie: Maksymalna amplituda < 1 cm.
2: Łagodne: Maksymalna amplituda \geq 1 cm ale < 3 cm.
3: Średnie: Maksymalna amplituda \geq 3 cm ale < 10 cm.
4: Ciężkie: Maksymalna amplituda \geq 10 cm.

Drżenie żuchwy:

- 0: Brak: Drżenie nieobecne.
1: Niewielkie: Maksymalna amplituda < 1 cm.
2: Łagodne: Maksymalna amplituda \geq 1 cm ale < 2 cm.
3: Średnie: Maksymalna amplituda \geq 2 cm ale < 3 cm.
4: Ciężkie: Maksymalna amplituda \geq 3 cm.

PKG

LKG

PKD

LKD

Żuchwa

3.18 DRŻENIE SPOCZYNKOWE - CZAS TRWANIA, CIĄGŁOŚĆ

Instrukcja dla badającego: W tym elemencie badania podaje się jedną wartość oceny dla wszystkich sytuacji, w których było obecne drżenie spoczynkowe. Ocena obejmuje długość trwania drżenia spoczynkowego podczas całego badania, kiedy inne części ciała pozostają w spoczynku. Drżenie powinno być oceniane na końcu badania tak, by obserwacja wynosiła przynajmniej kilka minut.

- 0: Brak: Drżenie nieobecne.
1: Niewielkie: Drżenie spoczynkowe obecne $\leq 25\%$ czasu trwania całego badania.
2: Łagodne: Drżenie spoczynkowe obecne 26-50% czasu trwania całego badania.
3: Średnie: Drżenie spoczynkowe obecne 51-75% czasu trwania całego badania.
4: Ciężkie: Drżenie spoczynkowe obecne $>75\%$ czasu trwania całego badania.

WYNIK

WPŁYW DYSKINEZ NA WYNIKI W CZĘŚCI III BADANIA

- A. Czy dyskinezy (płasawicze lub dystoniczne) były obecne podczas badania? Nie Tak
- B. Jeśli tak, czy te ruchy mimowolne utrudniały Twoją ocenę? Nie Tak

SKALA HOEHN I YAHR'A

- 0: Choroba bezobjawowa.
1: Zajęcie tylko jednej strony ciała.
2: Obustronne objawy choroby bez zaburzeń postawy.
3: Choroba łagodna do średnio zaawansowanej; obecne zaburzenia postawy, ale chory jest fizycznie niezależny; chory potrzebuje pomocy przy utrzymaniu równowagi w teście oceny zaburzeń posturalnych (pull test).
4: Ciężka niesprawność; chory jest nadal zdolny do samodzielnego poruszania się lub utrzymania postawy stojącej bez pomocy.
5: Chory porusza się tylko na wózku inwalidzkim lub jest unieruchomiony w łóżku.

WYNIK

Część IV: Powikłania ruchowe

Ogólny zarys badania i Instrukcja dla badającego: W tej części, dla oceny dwóch powikłań ruchowych, dyskinez i fluktuacji stanu sprawności ruchowej chorego, które obejmują również dystonię stanu "OFF", badający używa informacji z wywiadu i historii choroby. Użyj wszystkich informacji od chorego, opiekuna oraz z badania fizykalnego, żeby odpowiedzieć na sześć pytań podsumowujących funkcjonowanie chorego w ciągu ostatniego tygodnia wraz z oceną dnia dzisiejszego badania. Tak jak w poprzednich częściach, oceń używając tylko pełnych wartości (nie można przyznawać pół punktu); nie zostawiaj pustych miejsc na ocenę. Jeśli element badania nie może zostać oceniony, wpisz w to miejsce BMO tj. Brak Możliwości Oceny. Niektóre odpowiedzi wymagają użycia wartości wyrażonej w procentach, dlatego powinieneś ustalić, ile godzin chory jest aktywny w ciągu dnia i użyć tej wartości jako punktu odniesienia do oceny czasu trwania stanu "OFF" i dyskinez. Natomiast dla oceny czasu trwania "dystonia stanu OFF", całkowity czas trwania stanu "OFF" będzie punktem odniesienia.

Definicje do użycia przez badającego:

Dyskinezy: Przypadkowe ruchy mimowolne.

Możesz użyć słów opisujących dyskinezy, które będą dla chorego bardziej zrozumiałe: "nieregularne zrywania mięśni", "wykręcanie", "skurcze". Bardzo ważne jest zwrócenie choremu uwagi na różnicę między drżeniem a dyskinezami, gdyż tu pojawia się najczęstszy błąd, gdy chory uznaje drżenie za dyskinezy.

Dystonia: wykręcona sylwetka ciała często wraz z elementami wykrzywiania.

Możesz użyć słów opisujących dystonię, które będą dla chorego bardziej zrozumiałe: "spazm", "skurcz", "poza".

Fluktuacje stanu sprawności ruchowej: Różna odpowiedź na lek.

Możesz użyć słów opisujących zmianę stanu sprawności ruchowej, które będą dla chorego bardziej zrozumiałe: "wyczerpywanie się działania pojedynczej dawki leku", stany "ON-OFF", zmiana sprawności "jak na sinusoidzie", "nierówne działanie leku".

OFF: Typowy stan, gdy chory mimo przyjęcia dawki leku, ma słabą odpowiedź na lek lub typowy stan funkcjonalny gdy chory NIE używa leków przeciwparkinsonowskich.

Możesz użyć słów opisujących stan "OFF", które będą bardziej zrozumiałe dla chorego: "zły stan", "słaby stan", "czas drżenia", "czas spowolnienia", "stan, gdy leki nie działają."

ON: Typowy stan, gdy chory otrzymuje leki przeciwparkinsonowskie i dobrze na nie odpowiada.

Możesz użyć słów opisujących stan "ON", które będą bardziej zrozumiałe dla chorego: "dobry stan", "czas spaceru", "czas, gdy leki dobrze działają".

A . DYSKINEZY [z wyłączeniem stanu OFF-dystonia]

4.1 CZAS TRWANIA DYSKINEZ

Instrukcje dla badającego: Ustal ilość godzin trwania zwykłego dnia aktywności chorego, a następnie ustal ilość godzin występowania dyskinez. Oblicz wartość procentową. Jeśli chory prezentuje dyskinezy w trakcie wizyty, możesz zwrócić uwagę chorego na ten objaw aby upewnić się, że chory i opiekun rozumieją, które zaburzenie ruchowe aktualnie oceniają. Możesz również pokazać na sobie jak wyglądają dyskinezy ruchy mimowolne, które widziałeś u chorego wcześniej lub pokaż choremu typowe dla innych chorych dyskinezy. Wyklucz z tego pytania ocenę dystonii wczesnego poranka oraz bolesnych nocnych dystonii.

Instrukcja dla chorego [i opiekuna]. W ciągu ostatniego tygodnia, przez ile godzin zazwyczaj Pan/Pani śpi biorąc pod uwagę sen nocny oraz drzemki w ciągu dnia? Więc, jeśli śpi Pan/Pani godzin, jest Pan/Pani aktywny godzin. W ciągu tych godzin aktywności, ile jest w sumie godzin kiedy występują ruchy mimowolne pod postacią zrywań mięśniowych, ruchów wykręcania, skurczów mięśni? Nie należy liczyć czasu kiedy występuje drżenie, które jest regularnym ruchem tam i z powrotem oraz czasu występowania bolesnych skurczów stóp, które pojawiają się wczesnym rankiem bądź nocą. Zapytam o to później. Proszę się skoncentrować tylko na ruchach mimowolnych pod postacią zrywań mięśniowych, wykręcaniu lub skurczach mięśni. Proszę podać łączny czas występowania tych ruchów w ciągu dnia. Przez ile godzin występują te ruchy..... (użyj tej liczby do swoich obliczeń).

0: Brak: Dyskinezy nie występują.

1: Niewielkie: $\leq 25\%$ dnia.

2: Łagodne: 26 - 50% dnia.

3: Średnie: 51 - 75% dnia.

4: Ciężkie: $> 75\%$ dnia.

1. Całkowita liczba godzin aktywności w ciągu dnia: _____

2. Całkowita liczba godzin z dyskinezami: _____

3. % Dyskinez = $((2/1)*100)$: _____

WYNIK



4.2 WPŁYW DYSKINEZ NA FUNKCJONOWANIE CHOREGO

Instrukcja dla badającego: Oceń stopień wpływu dyskinez na codzienne funkcjonowanie chorego w odniesieniu do czynności codziennych oraz możliwości uczestniczenia w spotkaniach towarzyskich. Użyj odpowiedzi chorego i jego opiekuna oraz swoich własnych obserwacji z wizyty.

Instrukcja dla chorego [i opiekuna]: W ciągu ostatniego tygodnia, czy miał Pan/Pani zazwyczaj problemy z wykonywaniem zwykłych czynności lub z uczestniczeniem w spotkaniach towarzyskich podczas występowania ruchów mimowolnych? Czy ruchy mimowolne powstrzymywały Pana/Panią przed wykonywaniem zwykłych czynności lub uczestniczeniem w spotkaniach towarzyskich?

- 0: Brak: Bez dyskinez lub dyskinezy nie wpływały na codzienne aktywności chorego i jego możliwość uczestniczenia w spotkaniach towarzyskich.
- 1: Niewielki: Dyskinezy wpływały tylko na niektóre aktywności, ale chory wykonywał wszystkie czynności i uczestniczył w spotkaniach
- 2: Łagodny: Dyskinezy wpływały na wiele aktywności chorego, ale chory wykonywał wszystkie czynności i uczestniczył w spotkaniach towarzyskich podczas występowania dyskinez
- 3: Średni: Dyskinezy wpływały na aktywność chorego do tego stopnia, że chory zazwyczaj nie wykonywał wielu czynności lub nie uczestniczył w niektórych spotkaniach towarzyskich w czasie trwania dyskinez.
- 4: Ciężki: Dyskinezy wpływały na funkcjonowanie chorego do tego stopnia, że chory zazwyczaj nie wykonywał większości czynności lub nie uczestniczył w większości spotkań towarzyskich w czasie trwania dyskinez.

WYNIK

B . FLUKTUACJE RUCHOWE

4.3 CZAS TRWANIA OKRESU OFF

Instrukcja dla badającego: Użyj liczby godzin zwykłego dnia aktywności ustalonej w podpunkcie 4.1 i ustal ilość godzin trwania stanu "OFF". Przelicz to na wartość procentową. Jeśli chory prezentuje w trakcie wizyty stan "OFF", możesz wskazać choremu ten stan jako punkt odniesienia. Możesz również użyć wiedzy chorego dla opisu typowego stanu "OFF". Dodatkowo możesz zademonstrować na sobie jak wygląda stan "OFF", który widziałeś u chorego poprzednio lub pokazać choremu stan "OFF" typowy dla innych chorych. Zapisz typową ilość godzin stanu "OFF", ponieważ będziesz potrzebować tej liczby dla uzupełnienia podpunktu 4.6.

Instrukcja dla chorego [i opiekuna]: Niektórzy chorzy z chorobą Parkinsona mają dobry efekt terapii w ciągu dnia, co nazywamy stanem "ON". Inni chorzy biorą swoje leki ale mimo to mają kilka godzin w ciągu dnia złego samopoczucia, kiedy występuje u nich spowolnienie czy drżenie. Lekarze nazywają ten okres "OFF". Powiedział/a mi Pan/Pani wcześniej, że w ciągu ostatniego tygodnia, był/a aktywny/a zwykle godzin w ciągu dnia. W ciągu tych godzin aktywności, ile godzin w sumie ma Pan/Pani zazwyczaj objawy stanu "OFF"(użyj tej liczby do dalszych obliczeń).

- 0: Brak: Stan OFF nie występuje.
- 1: Niewielki: ≤ 25% dnia.
- 2: Łagodny: 26 - 50% dnia.
- 3: Średni: 51 - 75% dnia.
- 4: Ciężki: > 75% dnia.

WYNIK

Całkowita liczba godzin aktywności w

1. ciągu dnia: _____

Całkowita liczba

2. godzin OFF: _____

3. % OFF = $((2/1)*100)$: _____

4.4 WPŁYW FLUKTUACJI RUCHOWYCH NA FUNKCJONOWANIE CHOREGO

Instrukcja dla badającego: Oceń wpływ fluktuacji ruchowych na codzienne funkcjonowanie chorego w zakresie zwykłych aktywności i kontaktów towarzyskich. To pytanie powinno koncentrować się na różnicy między stanem ON a OFF. Jeśli chory nie ma okresów OFF, wynik musi być oznaczony jako 0, ale jeśli chory ma bardzo łagodne fluktuacje, nadal można ocenić tę część testu na 0, jeżeli fluktuacje stanu nie wpływają na codzienną aktywność chorego. Oceny dokonaj na podstawie odpowiedzi udzielonych przez chorego i opiekuna oraz na podstawie własnych obserwacji podczas wizyty, tak by uzyskany wynik był jak najbardziej obiektywny.

Instrukcja dla chorego [i opiekuna]: Proszę się zastanowić kiedy pojawiały się okresy OFF w ciągu ostatniego tygodnia. Czy miał Pan/Pani w czasie ich trwania zazwyczaj więcej problemów z wykonywaniem codziennych czynności lub przebywaniem z innymi osobami w porównaniu z pozostałą częścią dnia, kiedy miał/a Pan/Pani poczucie, że leki dobrze działają? Czy są takie czynności które wykonuje Pan/Pani zazwyczaj w okresie ON, a które sprawiają problem bądź nie mogą być wykonane w okresie OFF?

- 0: Brak: Fluktuacje nieobecne; lub brak ich wpływu na wykonywane czynności lub możliwość uczestniczenia w spotkaniach towarzyskich.
- 1: Niewielki: Fluktuacje wpływają na niektóre czynności; jednak w czasie OFF, chory zazwyczaj wykonuje wszystkie czynności i uczestniczy w spotkaniach towarzyskich tak jak w czasie ON.
- 2: Łagodny: Fluktuacje wpływają na wiele aktywności; jednak w okresie OFF, chory zazwyczaj wykonuje wszystkie czynności i uczestniczy w spotkaniach towarzyskich tak jak w czasie ON.
- 3: Średni: Fluktuacje wpływają na wykonywanie czynności w okresie OFF w takim stopniu, że chory zazwyczaj nie wykonuje niektórych czynności i nie uczestniczy w spotkaniach towarzyskich, tak jak jest to w stanie robić w okresie ON.
- 4: Ciężki: Fluktuacje wpływają na wykonywanie czynności w okresie OFF w takim stopniu, że chory zwykle nie wykonuje większości czynności i nie uczestniczy w większości spotkań towarzyskich, tak jak jest to w stanie robić w okresie ON.

WYNIK

4.5 ZŁOŻONOŚĆ FLUKTUACJI RUCHOWYCH

Instrukcja dla badającego: Oceń występowanie przewidywalnych okresów OFF, czy jest to zależne od dawki leku, pory dnia, posiłku czy innych czynników. Użyj informacji uzyskanych od chorego i opiekuna uzupełniając je o własne spostrzeżenia. Zapytaj chorego czy potrafi przewidzieć wystąpienie fluktuacji, czy pojawiają się one zawsze w określonej sytuacji (wtedy należy dalej rozróżnić niewielkie fluktuacje od łagodnych), bądź fluktuacje pojawiają się tylko czasami w określonym czasie lub są zupełnie nieprzewidywalne? Uściślenie opisu fluktuacji pozwoli Ci znaleźć właściwą odpowiedź.

Instrukcja dla chorego [i opiekuna]: "U niektórych chorych, okresy OFF występują w określonym czasie w ciągu dnia lub kiedy wykonują oni czynności takie jak jedzenie czy ćwiczenia. W ciągu ostatniego tygodnia, czy zazwyczaj był/a Pan/Pani w stanie przewidzieć kiedy wystąpi okres OFF? Innymi słowy, czy Pana/Pani okresy OFF zawsze pojawiały się w określonym czasie? Czy zazwyczaj pojawiały się w określonym czasie? Czy tylko czasami pojawiały się w określonym czasie? Czy okresy OFF są u Pana/Pani całkowicie nieprzewidywalne?"

- 0: Brak: Fluktuacje ruchowe nieobecne.
- 1: Niewielkie: Okresy OFF są zawsze lub przez większość czasu (> 75%) przewidywalne.
- 2: Łagodne: Okresy OFF są przewidywalne przez większość czasu (51-75%).
- 3: Średnie: Okresy OFF są przewidywalne tylko w niewielkim stopniu (26-50%).
- 4: Ciężkie: Okresy OFF są rzadko przewidywalne (≤ 25%).

WYNIK

C. DYSTONIE OKRESU "OFF"

4.6 BOLESNE DYSTONIE OKRESU OFF

Instrukcja dla badającego: U chorego który ma fluktuacje ruchowe, oceń jaka część okresu OFF zazwyczaj obejmuje bolesne dystonie? Już wcześniej oceniono liczbę godzin okresu "OFF" (patrz 4.3). Spośród tych godzin, ustal ile jest godzin związanych z dystonią i oblicz ich wartość procentową. Jeśli nie ma okresów OFF, wpisz 0.

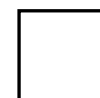
Instrukcja dla chorego [i opiekuna]: W poprzednio zadawanych pytaniach, powiedział/a Pan/Pani, że ogólnie liczba godzin okresu OFF, czyli wtedy gdy objawy choroby Parkinsona są słabo kontrolowane, wynosi Czy w czasie trwania okresu OFF ma Pan/Pani zazwyczaj bolesne kurcze? Jeśli spośród wszystkich godzin stanu OFF doda Pan/Pani wszystkie godziny kiedy pojawiają się te bolesne kurcze, ile to w sumie będzie godzin?

Bolesne dystonie stanu OFF:

- | | |
|----------------|--|
| 0: Brak: | Bolesna dystonia nie występuje LUB NIE MA OKRESÓW "OFF". |
| 1: Niewielkie: | Dystonia występuje $\leq 25\%$ czasu w okresie OFF. |
| 2: Łagodne: | Dystonia występuje 26-50% czasu w okresie OFF. |
| 3: Średnie: | Dystonia występuje 51-75% czasu w okresie OFF. |
| 4: Ciężkie: | Dystonia występuje $> 75\%$ czasu w okresie OFF. |

- | | |
|---------------------------------|-------|
| 1. Całkowita liczba godzin OFF: | _____ |
| Całkowita liczba godzin OFF | _____ |
| 2. z dystonią: | _____ |
| % czasu występowania dystonii | _____ |
| 3. okresu OFF= ((2/1)*100): | _____ |

WYNIK



Podsumowanie na zakończenie badania: PRZECZYTAJ CHOREMU

Na tym zakończyliśmy ocenę Pana/Pani objawów związanych z chorobą Parkinsona. Zdaję sobie sprawę, że zadawanie przeze mnie pytań i wykonywanie zadań w tym teście zajęło kilkanaście minut, ale chciałem/chciałam zebrać wszystkie informacje i omówić wszystkie Pana/Pani objawy. Z tego powodu mogłem/mogłam pytać o problemy, których może Pan/Pani nie mieć w tej chwili, i być może mogłem/mogłam wspomnieć o objawach, które nigdy u Pana/Pani nie wystąpią. Nie wszyscy chorzy prezentują takie same objawy choroby Parkinsona, ale dlatego że objawy te mogą się pojawić, ważne jest, żeby zapytać o wszystkie możliwe objawy każdego chorego. Dziękuję bardzo za poświęcony czas i uwagę w trakcie wykonywania poszczególnych elementów skali MDS-UPDRS.

Imię i nazwisko chorego	Numer ośrodka	Data badania	Badający

MDS UPDRS: Tabela wyników

1.A	Źródło informacji	<input type="checkbox"/> Pacjent <input type="checkbox"/> Opiekun <input type="checkbox"/> Pacjent + Opiekun	3.3b	Sztywność – PRAWA k. górna (PKG)	
			3.3c	Sztywność – LEWA k. górna (LKG)	
Część I			3.3d	Sztywność – PRAWA k. dolna (PKD)	
1.1	Zaburzenia funkcji poznawczych		3.3e	Sztywność – LEWA k. dolna (LKD)	
1.2	Omamy i psychoza		3.4a	Szybkie ruchy palców – PKG	
1.3	Depresja		3.4b	Szybkie ruchy palców – LKG	
1.4	Lęk		3.5a	Szybkie ruchy rąk – PKG	
1.5	Apatia		3.5b	Szybkie ruchy rąk – LKG	
1.6	Objawy zespołu dysregulacji dopaminergicznej		3.6a	Szybkie ruchy naprzemienne rąk – PKG	
1.6a	Kto wypełnia kwestionariusz	<input type="checkbox"/> Pacjent <input type="checkbox"/> Opiekun <input type="checkbox"/> Pacjent + Opiekun	3.6b	Szybkie ruchy naprzemienne rąk – LKG	
			3.7a	Szybkie ruchy kończyny dolnej – PRAWY	
1.7	Zaburzenia snu		3.7b	Szybkie ruchy kończyny dolnej – LEWEJ	
1.8	Nadmierna senność w ciągu dnia		3.8a	Sprawność kończyny dolnej – PRAWY	
1.9	Ból i inne dolegliwości		3.8b	Sprawność kończyny dolnej – LEWEJ	
1.10	Zaburzenia mikcji		3.9	Wstawanie z krzesła	
1.11	Zaparcia		3.10	Chód	
1.12	Zawroty głowy przy wstawaniu		3.11	"Przymrożenia" w trakcie chodzenia	
1.13	Zmęczenie		3.12	Stabilność postawy	
Część II			3.13	Postawa	
2.1	Mowa		3.14	Ogólne spowolnienie ruchowe	
2.2	Nadmierne wydzielanie śliny		3.15a	Drżenie pozycyjne rąk - PKG	
2.3	Żucie i polykanie		3.15b	Drżenie pozycyjne rąk - LKG	
2.4	Spożywanie posiłków		3.16a	Drżenie zamiarowe rąk – PKG	
2.5	Ubieranie się		3.16b	Drżenie zamiarowe rąk – LKG	
2.6	Higiena		3.17a	Amplituda drżenia spoczynkowego – PKG	
2.7	Pisanie		3.17b	Amplituda drżenia spoczynkowego – LKG	
2.8	Hobby i inne aktywności		3.17c	Amplituda drżenia spoczynkowego – PKD	
2.9	Przewracanie się w łóżku		3.17d	Amplituda drżenia spoczynkowego – LKD	
2.10	Drżenie		3.17e	Amplituda drżenia spoczynkowego - ŻUCHWA	
2.11	Wstawanie z łóżka, głębokiego fotela, itp.		3.18	Ciągłość trwania drżenia spoczynkowego	
2.12	Chód i równowaga			Czy dyskinezy były obecne podczas badania?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
2.13	Przymrożenia			Czy dyskinezy utrudniały twoją ocenę?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
3a	Leczenie lekami p/parkinsonowskimi?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak		Skala Hoehn i Yahr'a	
3b	Stan kliniczny chorego	<input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> Off	Część IV		
3c	Chory stosuje lewodopę ?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	4.1	Czas trwania dyskinez	
3.C1	Liczba minut od przyjęcia ostatniej dawki		4.2	Wpływ dyskinez na funkcjonowanie chorego	
Część III			4.3	Czas trwania okresu Off	
3.1	Mowa		4.4	Wpływ fluktuacji na funkcjonowanie chorego	
3.2	Wyraz twarzy		4.5	Złożoność fluktuacji ruchowych	
3.3a	Sztywność – SZYJA		4.6	Bolesne dystonie okresu Off	