

الحصول على تصريح الموافقة من جمعية اضطرابات الحركة MDS لإستخدام المقياس الموحد لتقييم مرض الباركنسون UPDRS

الإذن لاستخدام مقياس التقييم المطور من قبل جمعية اضطرابات الحركة "ام دي اس" مطلوب (باستثناء الاستخدام الشخصي/ الفردي). اعادة كتابة (استنساخ) ، ترجمة ، تعديل، بيع، او توزيع أي جزء من مقياس التقييم المطور من قبل ام.دي.اس ممنوع منعاً باتاً. لا يجوز ادراج (استخدام) مقياس التقييم المطور من قبل ام.دي.اس بالتجارب السريرية ، التدريب او برامج اعتماد الشهادات او المواد ، البرمجيات او غير ذلك الا من خلال (عن طريق) استخدام نموذج الحصول على الموافقة ودفع الرسوم المقرره.

اكمل القراءه للصفحه رقم 2 لمشاهده MDS-UPDRS

MDS-UPDRS

جمعية اضطرابات الحركة (ام.دي.اس) دعمت نسخة جديدة من UPDRS تم صياغتها بناء على النقد الذي تم تشكيله من قبل فريق عمل متخصص بمقاييس التقييم لمرض الباركنسون (750-18:738;2003 Mov Disord) .
بعد ذلك قامت جمعية اضطرابات الحركة بتنسيب رئيس لتنظيم برنامج لتزويد الاشخاص العاملين في مجال الاختلالات الحركية بنسخة جديدة من الـ UPDRS التي من شأنها أن تحافظ على الشكل العام للنسخة الاصلية من الـ UPDRS. ولكن في نفس الوقت تصحح القضايا التي تم التعرف عليها من خلال النقد كنقاط الضعف والغموض. قام الرئيس بتشكيل لجان فرعية تتكون من رؤساء واعضاء. تمت كتابة كل جزء عن طريق اللجان الفرعية المناسبة ومن ثم تمت مراجعته والمصادقة عليه من قبل المجموعه بأكملها. وهؤلاء الاعضاء المذكورين بالقائمة بالاسفل.

يحتوي على اربع اجزاء: UPDRS ام.دي.اس
الجزء الاول (التجارب غير الحركية في الحياة اليومية) ، الجزء الثاني (التجارب الحركية في الحياة اليومية) ، الجزء الثالث (تقييم (فحص) الحركة) والجزء الرابع (مضاعفات المشاكل الحركية).
الجزء الاول يتكون من عنصرين: الجزء الاول أ يتعلق بالسلوكيات التي تقيم من قبل الشخص الفاحص من خلال المعلومات ذات الصلة التي يتم جمعها من المرضى ومقدم الرعاية، والجزء الاول ب يتم اكماله من قبل المريض بمساعدة او من دون مساعدة مقدم الرعاية ولكن بشكل مستقل عن الفاحص (من دون تدخل الفاحص)
ومع ذلك يمكن مراجعة هذه الاجزاء من قبل الفاحص لضمان ان جميع الاسئلة تمت الاجابه عنها بوضوح والفاحص يمكن ان يساعد في تفسير اي غموض او عدم وضوح للمريض. الجزء الثاني تم تصميمه على ان يكون استبيان ذاتي مثل الجزء الاول ب ، ولكن يمكن مراجعته من قبل المقيم للتأكد من وضوحه واكتمال المعلومات. وتجدر الاشاره ان الاصدارات الرسمية من الجزء الاول أ ، الجزء الاول ب ، والجزء الثاني من ام.دي.اس (يو.بي.دي.اس) ليس لهم منفصل لمرحلة العمل (اون) ومرحلة التوقف (اوف) ومع ذلك للبرامج او البروتوكولات الفرديه يمكن استخدام نفس الاسئلة بشكل منفصل لمرحلة العمل (اون) ومرحلة التوقف (اوف).
الجزء الثالث يحتوي على تعليمات يجب على الفاحص ان يقدمها او يشرحها للمريض ، يتم تعبئة هذا الجزء من قبل الفاحص. الجزء الرابع يحتوي على تعليمات للفاحص بالاضافه الى تعليمات اخرى يجب على الفاحص ان يقرأها للمريض. يدمج هذا الجزء بين المعلومات التي تم اخذها من المريض مع الملاحظات السريرية والقرارات للفاحص ويتم اكماله من قبل الفاحص.

المؤلفون لهذه النسخة الجديدة هم:

الرئيس : كرستوفر ج جوتز
الجزء الاول: ويمر بوي (رئيس)، برونو دوبوا، انيتي سكراج
الجزء الثاني: ماثيو ب ستيرن (رئيس)، انثوني اي لانغ، بيتر ا لويت
الجزء الثالث: ستانلي فاهن (رئيس)، جوزيف جانكوفك س . وارين اولانو
الجزء الرابع: بابلو مارتينيز مارتن (رئيس). اندريو ليز، اوليفي راسكول، بوب فان هيلتن
معايير التطوير: جلين ت ستينز (رئيس)، روبرت هولواي، دايفيد نينهوس
الملحقات: كريستينا سامبايو (رئيس)، ريتشارد دوديل، جيمي كولوفيزكي
التدقيق الاحصائي: باربارا تيلي (رئيس)، سو لورجانز ، جين تيريكي
المستشار: ستيفاني شافتمان ، نانسي لايل

الشخص الذي يمكن الاتصال به: كرستوفر ج جوتز ام.دي
المركز الطبي لجامعة رش

International Parkinson and Movement Disorder Society
555 East Wells Street, Suite 1100
Milwaukee, WI USA 53202

رقم الهاتف
414-276-2145
البريد الالكتروني ratingscales@movementdisorders.org

1 تموز/ يوليو 2008

الجزء الأول: الجوانب الحركية من نواحي (تجارب) الحياة اليومية:

لمحه عامه: هذا الجزء من المقياس يقيم التأثير غير الحركي لمرض الشلل الرعاشي على فعاليات الحياة اليومية / للمرضى. يوجد 13 سؤال. الجزء الأول - أ يطبق من قبل المقيم (6 أسئلة) ويركز على السلوكيات المعقدة. الجزء الأول - ب مكون من استبيان يتم تعبئته من قبل المريض يتضمن 7 أسئلة تغطي تجارب الحياة اليومية غير الحركية.

الجزء الأول أ

في تطبيق الجزء الأول أ، يجب على المقيم (الفاحص) استخدام التعليمات التالية:

- 1- حدد في أعلى النموذج المصدر الرئيسي للمعلومات مثل: المريض, مقدم الرعاية, او المريض ومقدم الرعاية في نسبة متساوية.
- 2- الإجابة على كل بند يجب ان تشير الى فترة تشمل الاسبوع الفائت بما في ذلك اليوم الذي تم فيه جمع المعلومات
- 3- كل البنود يجب ان يكون تقييمها عدد صحيح (بدون أنصاف, بدون نقاط مفقودة). في حال ان احد البنود لا يمكن تطبيقه او تقييمه (على سبيل المثال مبتوري الأطراف الذين لا يستطيعون المشي), يسجل البند بأنه غير قابل للتقييم (غ. ق. ل)
- 4- الإجابة يجب ان تعكس المستوى الوظيفي المعتاد والكلمات التالية مثل "عادة", "بشكل عام", "معظم الوقت" يمكن استخدامها مع المرضى.
- 5- كل سؤال يحتوي على نص لتقرأه (تعليمات للمريض/ لمقدم الرعاية). بعد ذلك يمكنك التوجه بأسئلة اخرى للتحقق من البيانات والحصول على معلومات اخرى بناءً على الهدف المبين في التعليمات. يجب عليك عدم قراءة خيارات التقييم للمريض/مقدم الرعاية, لأنه تم كتابتها باستخدام مصطلحات طبية. من اسئلتك للمريض سوف تستخدم حكمك الطبي الذي يساعدك بالحصول على افضل اجابه.
- 6- قد يكون لدى المرضى اعتلالات مرضيه اخرى والتي من الممكن ان تؤثر على وظائفهم. يجب عليك وعلى المريض تقييم المشكلة كما هي عليه الان من دون محاوله الفصل ما اذا كانت المشكلة بسبب الشلل الرعاشي او الاعتلالات المرضية الاخرى

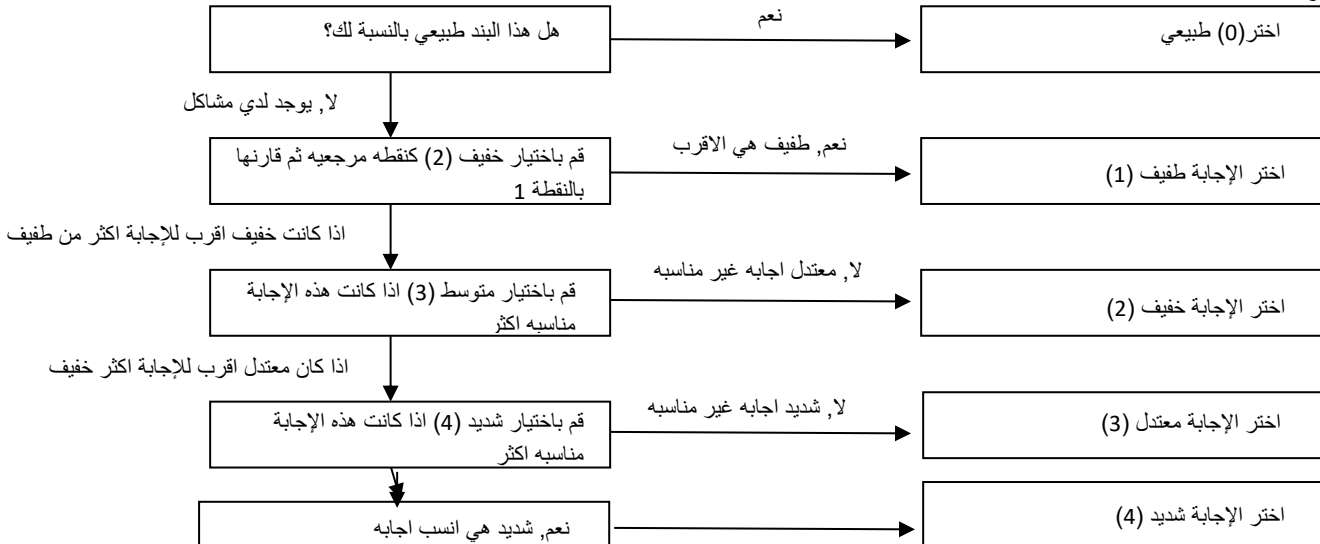
مثال على الانتقال (التنقل) خلال خيارات الإجابة على الجزء الأول أ

الاستراتيجيات المقترحة للحصول على الإجابة الأكثر دقة:

بعد قراءة الإرشادات للمريض، سوف تحتاج ل طرح أسئلة متعلقة بالمجال الذي يتم مناقشته بأكمله من اجل تحديد ما اذا كان طبيعي او يوجد مشاكل: اذا كانت اسئلتك في هذا المجال لا تحدد اي مشكله, يرجى تسجيل 0 والانتقال للسؤال التالي.

إذا كانت اسئلتك تحدد مشكله في هذا المجال, لاحقا يجب عليك وضع نقطه مرجعيه في المنتصف (المتوسط) (الخيار الثاني او خفيف) لمعرفة فيما اذا كان المستوى الوظيفي للمريض في هذا المستوى, أفضل أو أسوء. انت لن تقوم بقراءة خيارات الإجابة للمريض كما يتم استخدام الاجابات بالمصطلحات الطبية. سوف تقوم بطرح أسئلة كافيه من اجل تحديد الإجابة التي يجب اختيارها.

انتقل للأعلى والاسفل بين الخيارات لتحديد الإجابة الأكثر دقة, واعطاء الإجابة النهائية من خلال استبعاد الخيارات فوق وتحت الإجابة المختارة.



...../...../.....
المقيم	تاريخ التقييم	العنوان	اسم المريض او رقمه

الجزء الاول: الجوانب غير الحركية في نواحي (تجارب) الحياه اليومية:

الجزء الاول أ: السلوكيات المعقدة (تستكمل من قبل المقيم او الفاحص)
المصدر الرئيسي للمعلومات:

المريض مقدم الرعاية المريض ومقدم الرعاية بنسب متساوية

يجب قراءة هذا النص للمريض: سوف اطرح عليك 6 أسئلة عن سلوكيات من الممكن ان تواجهك. بعض الأسئلة تتعلق بمشاكل شائعه والبعض الاخر يتعلق بمشاكل غير شائعه. اذا كان لديك مشكله باي من هذه المجالات التي سوف نذكرها؟ يرجى اختيار افضل اجابه تصف كيف كنت معظم الوقت خلال الاسبوع الماضي. اذا لم يكن لديك اي مشكله يمكنك الرد بكل بساطه ب (لا). سأحاول ان اسأل بشكل تفصيلي لذلك من الممكن ان اسألك أسئلة لا علاقه لها بوضعك الحالي.

1.1 الاعتلال الذهني:

تعليمات للفاحص: يرجى الأخذ بعين الاعتبار جميع أنواع تغيير مستوى الوظائف الذهنية بما في ذلك التباطؤ الذهني ، ضعف الاستدلال ، وفقدان الذاكرة، ومشاكل الانتباه والاهتداء. يرجى تقييم تأثير هذه الاعتلالات على أنشطة الحياة اليومية كما يراها المريض و/أو مقدم الرعاية

تعليمات للمرضى (ومقدم الرعاية): خلال الأسبوع الماضي هل كان لديك مشاكل في تذكر الأشياء، تتبع المحادثات، التركيز بالأشياء، التفكير بوضوح، أو إيجاد طريقك حول المنزل أو في المدينة؟ (إذا كان الجواب نعم، يسأل الفاحص المريض او مقدم الرعاية اعطاء تفاصيل لمزيد من المعلومات

0-طبيعي: لا يوجد ضعف ذهني

1: طفيف: تقدير المشكلة من جانب المريض أو مقدم الرعاية بدون أي تأثير ملموس للمشكلة في قدرة المريض

على القيام بالأنشطة العادية والتفاعلات الاجتماعية.

2- خفيف: الخلل الذهني واضح سريريا ولكن تأثيره قليل في قدرة المريض على القيام بالأنشطة العادية والتفاعلات الاجتماعية.

3: متوسط: العجز الذهني يؤثر على المريض ولكن لا يحول دون قدرة المريض على القيام بالأنشطة العادية والتفاعلات الاجتماعية.

4: شديد: الخلل الذهني يحول دون قدرة المريض على القيام بالأنشطة العادية والتفاعلات الاجتماعية.

1.2 الهلوسة والذهان:

تعليمات للفاحص: يرجى الأخذ بعين الاعتبار كل من الأوهام (سوء تفسير للمنبهات الحقيقية) والهلوسة (احاسيس تلقائية كاذبة). يرجى الأخذ بعين الاعتبار كافة النطاقات الحسية الرئيسية (البصرية والسمعية، واللمسية، الذوقية والشمية). الرجاء تحديد وجود احاسيس غير مُشكَّله (على سبيل المثال، الاحساس بوجود انطباعات خاطئة) وكذلك الاحاسيس المشكَّلة (الاحاسيس المتطورة والملبئة بالتفاصيل) يرجى تقييم بصيره المريض فيما يتعلق بالهلوسة وتحديد الانخداع والتفكير الذهاني.

تعليمات للمرضى (ومقدم الرعاية): خلال الأسبوع الماضي كنت قد رأيت، سمعت، شممت رائحة أو شعرت بأشياء التي لم تكن موجودة حقيقة؟ إذا كان الجواب نعم، يطلب الفاحص من المريض أو مقدم الرعاية مزيد من التفاصيل والتحقيق لهذه المعلومات

0: طبيعي: لا يوجد هلوسه أو اضطراب عقلي

1: طفيف: اوهام وهلوسات غير مُشكَّلة ، ولكن المريض قادر على التعرف عليها من دون فقدان البصيرة.

2: خفيف: هلوسات مُشكَّلة مستقلة عن المحفزات البيئية. ولكم بدون فقدان البصيرة.

3: متوسط: هلوسات مُشكَّلة مستقلة مع فقدان البصيرة.

4: شديد: اوهام (انخداع) و جنون الارتياب (جنون العظمة – البارانونيا)

1.3 المزاج المكتئب:

تعليمات للفاحص: يرجى الأخذ بعين الاعتبار تدني الحالة المزاجية، الشعور بالحزن، اليأس، والشعور بالفراغ أو فقدان المتعة. يرجى تحديد اذا كانت أي من هذه المشاكل موجوده ومدة وجودها خلال الاسبوع الماضي وتأثيرها في قدرة المريض على القيام بالروتين اليومي والمشاركة في التفاعلات الاجتماعية.

تعليمات للمريض (ومقدم الرعاية): خلال الأسبوع الماضي هل شعرت بتدني الحالة المزاجية , الحزن, اليأس أو غير قادر على الاستمتاع بالأشياء؟ إذا كان الجواب نعم، هل دام هذا الشعور لأكثر من يوم واحد في المرة الواحدة؟ هل جعل هذا الشيء من الصعب بالنسبة لك القيام بالأنشطة المعتادة الخاصة بك أو أن تتواجد مع الآخرين؟ إذا كان الجواب نعم، يسأل الفاحص المريض او مقدم الرعاية اعطاء تفاصيل لمزيد من المعلومات

0: طبيعي: لا يوجد مزاج مكتئب

1: طفيف: نوبات من المزاج المكتئب والتي لا تستمر لأكثر من يوم واحد في المرة الواحدة. دون ان تؤثر في قدرة المريض على القيام بالأنشطة العادية والتفاعلات الاجتماعية.

2: خفيف: مزاج مكتئب يستمر لأيام، ولكن دون تأثير على الأنشطة العادية والتفاعلات الاجتماعية.

3: متوسطة: مزاج مكتئب الذي يؤثر، ولكن لا يحول، من قدرة المريض على القيام بالأنشطة العادية والتفاعلات الاجتماعية.

4: شديد: مزاج مكتئب يحول دون قدرة المريض على القيام بالأنشطة العادية والتفاعلات الاجتماعية.

1.4 المزاج القلق:

تعليمات للفاحص: يرجى تحديد مشاعر العصبية والتوتر والقلق (بما في ذلك نوبات الذعر او الهلع) خلال الأسبوع الماضي، وقيم مدتها، وتداخلها مع قدرة المريض على القيام بالروتين اليومي والمشاركة (الانخراط) في التفاعلات الاجتماعية.

تعليمات للمرضى (ومقدمي الرعاية): خلال الأسبوع الماضي هل شعرت بعصبية زائدة أو قلق أو توتر؟ إذا كان الجواب نعم، هل كان هذا الشعور لأكثر من يوم واحد في المرة الواحدة؟ هل جعل هذا الشيء من الصعب بالنسبة لك القيام بالأنشطة المعتادة الخاصة بك أو أن تكون مع الآخرين؟ (إذا كان الجواب نعم، يسأل الفاحص المريض او مقدم الرعاية اعطاء تفاصيل لمزيد من المعلومات)

0: طبيعي: لا يوجد مشاعر قلق

1: طفيف: مشاعر القلق موجودة ولكن لا تستمر لأكثر من يوم واحد في المرة الواحدة. ولا تؤثر على قدرة المريض على القيام بالأنشطة العادية والتفاعلات الاجتماعية.

2: خفيف: استمرار مشاعر القلق على مدى أكثر من يوم واحد في المرة الواحدة، ولكن دون التأثير على قدرة

المريض على القيام بالأنشطة العادية والتفاعلات الاجتماعية.

3: متوسطة: مشاعر القلق تؤثر في - ولكن لا تحول دون - قدرة المريض على القيام بالأنشطة العادية والتفاعلات الاجتماعية.

4: شديدة: مشاعر القلق تحول دون قدرة المريض على القيام بالأنشطة العادية والتفاعلات الاجتماعية.

1.5 الخمول:

تعليمات للفاحص: يرجى الاخذ بعين الاعتبار مستوى النشاط التلقائي، الاصرار، و الحافز والمبادرة والرجاء تقييم أثر انخفاض المستوى في هذه النواحي على الروتين اليومي والتفاعلات الاجتماعية. هنا يجب على الفاحص محاولة التمييز بين اللامبالاة وأعراض مشابهة التي من الأفضل أن تفسر بالاكتئاب.

تعليمات للمرضى (ومقدمي الرعاية): خلال الأسبوع الماضي، هل شعرت بالاختلاف في رغبتك بالقيام بالأنشطة أو ان تكون مع الآخرين؟ إذا كان الجواب نعم، يسأل الفاحص المريض او مقدم الرعاية اعطاء تفاصيل لمزيد من المعلومات

0: طبيعي: لا يوجد لامبالاة.

1: طفيف: اللامبالاة تقدر من قبل المريض و/أو مقدمي الرعاية، ولكن لا تؤثر في الأنشطة اليومية والتفاعلات الاجتماعية.

2: خفيف: اللامبالاة تؤثر في انشطه معينه والتفاعلات الاجتماعية.

3: متوسطة: اللامبالاة تؤثر على معظم الأنشطة والتفاعلات الاجتماعية.

4: شديد: سلبي منعزل مع فقدان كامل لروح المبادرة.

1.6 ملامح (سمات) متزامنة عدم انتظام الدوبامين.

تعليمات للفاحص: يرجى الأخذ بعين الاعتبار التورط (الاشتراك) في العديد من الأنشطة بما في ذلك لعب القمار غير العادي أو المفرط (على سبيل المثال. الكازينوهات أو بطاقات اليانصيب) الشذوذ أو الرغبة والاهتمامات الجنسية المفرطة (على سبيل المثال: اهتمام غير عادي بالإباحية، العادة السرية، الاحتياجات الجنسية على الشريك) تكرار انشطه اخرى (على سبيل المثال. الهوايات، تفكيك الأشياء، الفرز (التصنيف) أو التنظيم)، أو اخذ جرعات دوائية اضافيه بدون وصفه لأسباب غير طبيه (اي كسلوك الإدمان). يرجى تقييم تأثير هذه الأنشطة غير طبيعية / السلوكيات على حياة المريض الشخصية وعلى أسرته والعلاقات الاجتماعية (بما في ذلك الحاجة إلى اقتراض المال أو صعوبات مالية أخرى مثل سحب بطاقات الائتمان، والخلافات العائلية الكبرى، فقدان من وقت العمل، أو التغيب عن وجبات الطعام أو النوم بسبب الأنشطة).

تعليمات للمرضى (ومقدم الرعاية): خلال الأسبوع هل كان لديك دوافع ملحه غير طبيعية التي يصعب السيطرة عليها؟ هل تشعر بدافع للقيام أو التفكير بشي وتجد صعوبة في التوقف عنه؟ (أعط المريض امثله مثل المقامرة، التنظيف، استخدام الحاسوب، أخذ جرعات دوائية اضافيه، الهوس حول الطعام أو الجنس، كل ذلك يعتمد على المرضى.

0: طبيعي: لا توجد مشاكل.

1: طفيف: مشاكل موجودة ولكن عادة لا تسبب أي صعوبات بالنسبة للمريض أو الأسرة / مقدم الرعاية.

2: خفيف: مشاكل موجودة وعادة ما تسبب بعض الصعوبات في حياة المريض الشخصية والعائلية.

3: متوسط: مشاكل موجودة وعادة ما تسبب الكثير من الصعوبات في حياة المريض الشخصية والعائلية.

4: شديد: مشاكل موجودة وتحول دون قدرة المريض على القيام بالأنشطة الطبيعية أو التفاعلات الاجتماعية أو الحفاظ على المستويات السابقة في الحياة الشخصية والعائلية

الأسئلة المتبقية في الجزء الاول(النواحي غير الحركية من الحياة اليومية) (النوم، النعاس خلال النهار، الألم وأي إحساس غيره، ومشاكل المسالك البولية، ومشاكل الإمساك، الدوار عند الوقوف، والتعب) هي في "الاستبيان الخاص بالمريض" بالإضافة لجميع الأسئلة في الجزء الثاني (التجارب الحركية من الحياه اليومية

الاستبيان الخاص بالمريض:

تعليمات: هذا الاستبيان سوف يسألك عن خبراتك في تجارب الحياة اليومية.

ويوجد 20 سؤالاً. نحن نحاول أن تكون هذه الأسئلة شاملة لجميع نواحي الحياة اليومية، وبالتالي بعض هذه الأسئلة قد لا تنطبق عليك الآن أو في أي وقت مضى. إذا لم تكن لديك المشكلة، ببساطة ضع علامة 0 (صفر) ل (لا)

الرجاء قراءة كل بند بعناية وقراءة جميع الإجابات قبل تحديد تلك التي تنطبق عليك بشكل أفضل.

نحن مهتمون بالمتوسط (بمعدل) انشطتك المعتادة خلال الأسبوع الماضي بما في ذلك اليوم.

بعض المرضى يمكنهم فعل أشياء في اوقات معينة من اليوم بشكل افضل مما في غيرها. وبالرغم من ذلك، يسمح بإجابة واحدة فقط لكل سؤال، لذا يرجى اختيار الجواب الذي يصف بشكل أفضل ما يمكن أن تفعله معظم الوقت.

قد يكون لديك امراض أخرى إلى جانب مرض الباركنسون. لا تقلق بشأن فصل مرض الباركنسون عن الامراض الاخرى التي لديك. فقط اجب على السؤال بأفضل اجابه لك

استخدم (0,1, 2,3,4) للإجابة ولا شيء غير ذلك. لا تترك اي فراغات بدون اجابه

طبيبك أو ممرضك يمكن أن يستعرض الأسئلة معك، ولكن هذا الاستبيان يجب اكماله من قبل المرضى، إما وحدهم أو مع مقدمي الرعاية لهم.

من يقوم بتعبئة هذا الاستبيان (اختيار أفضل اجابه)

المريض مقدم الرعاية المريض ومقدم الرعاية بنسب متساوية

النواحي غير الحركية من خبرات الحياه اليومية

1.7 مشاكل النوم

خلال الأسبوع الماضي هل كان لديك صعوبة في الخلود للنوم ليلا أو البقاء نائما طوال الليل؟ مع الأخذ بعين الاعتبار مقدار الراحة التي شعرت بها بعد الاستيقاظ صباحا

0: طبيعي : لا مشاكل

1: طفيف: مشاكل النوم موجودة ولكن عادة لا تسبب مشكله (صعوبة) في الحصول على ليلة كاملة من النوم.

2: خفيف: تسبب مشاكل النوم عادة بعض الصعوبات في الحصول على ليلة كاملة من النوم.

3: متوسط: مشاكل النوم تسبب الكثير من صعوبات في الحصول على ليلة كاملة من النوم، ولكن عادة ما ابقى نائما لأكثر من نصف الليلة.

4: شديد: أنا عادة لا أنام معظم الليلة.

1.8 النعاس اثناء النهار

خلال الأسبوع الماضي، هل كان لديك صعوبة في البقاء مستيقظا خلال النهار؟

0: طبيعي: لا النعاس اثناء النهار.

1: طفيف: يحدث النعاس خلال النهار ولكن أستطيع المقاومة والبقاء مستيقظا.

2: خفيف: في بعض الأحيان أغفو عندما أكون وحدي ومسترخي. على سبيل المثال، اثناء القراءة أو مشاهدة التلفزيون.

3: متوسط: أحيانا أغفو عندما لا ينبغي ذلك. على سبيل المثال، اثناء تناول الطعام أو التحدث مع أشخاص آخرين.

4: شديد: غالبا ما أغفو عندما لا ينبغي ذلك. على سبيل المثال، اثناء تناول الطعام أو التحدث مع أشخاص آخرين

<input type="checkbox"/>	<p>1.9 الألم وأي احساس اخر</p> <p>خلال الأسبوع الماضي، كان لديك شعور غير مريح في جسمك، مثل الألم، والأوجاع، الوخز أو التشنجات؟</p> <p>0: طبيعي: لا يوجد احساس غير مريحة.</p> <p>1: طفيف: لدي هذه المشاعر. ومع ذلك، يمكنني أن أفعل أشياء وأكون مع الآخرين دون صعوبة.</p> <p>2: خفيف: هذه المشاعر تسبب بعض المشاكل عندما أفعل شيئاً أو عندما أكون مع أشخاص آخرين.</p> <p>3: متوسط : هذه المشاعر تسبب الكثير من المشاكل، لكنها لا تمنعني من فعل الأشياء أو أن تكون مع الآخرين.</p> <p>4: شديد: هذه المشاعر تمنعني من فعل الأشياء أو ان اكون مع الآخرين.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>1.10 مشاكل المسالك البولية</p> <p>الأسبوع الماضي، هل كان لديك مشكلة مع التحكم في البول؟ على سبيل المثال، حاجة ماسه (إلحاح) للتبول، وحاجة إلى التبول كثيراً، أو التبول المفاجئ؟</p> <p>0: طبيعي: لا مشاكل بالتحكم في البول.</p> <p>1: طفيف: أنا بحاجة إلى التبول في كثيراً أو بصورة ملحه. غير أن هذه المشاكل لا تسبب صعوبات في نشاطاتي اليومية.</p> <p>2: خفيف: مشاكل التبول تسبب بعض الصعوبات في نشاطاتي اليومية. ومع ذلك، ليس لدي تبول مفاجئ.</p> <p>3: متوسط: مشاكل التبول تسبب الكثير من الصعوبات في نشاطاتي اليومية، بما في ذلك تبول مفاجئ.</p> <p>4: شديد: لا أستطيع أن اتحكم في البول واستخدم الملابس الواقية أو أنبوب المثانة.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>1.11 مشاكل الإمساك:</p> <p>خلال الأسبوع الماضي هل كنت تعاني من مشاكل الإمساك والتي سببت لك صعوبة في حركة الأمعاء ؟</p> <p>0 : طبيعي: لا يوجد الإمساك.</p> <p>1: طفيف: لقد أصبت بالإمساك. بذلت جهد إضافي للتحريك أمعائي (أحشائي). ومع ذلك، فإن هذه المشكلة لا تؤثر على نشاطاتي او كوني مرتاح.</p> <p>2: خفيف: الإمساك يسبب لي بعض المتاعب للقيام بأشياء أو كوني مرتاحا.</p> <p>3: متوسط: الإمساك يسبب لي كثير من المتاعب للقيام بأشياء أو كوني مرتاح. ومع ذلك، فإنه لا يمنعني من القيام بأي شيء.</p> <p>4: شديد: أنا عادة بحاجة إلى المساعدة من شخص آخر لإفراغ أمعائي.</p>

<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin: 10px auto;"></div>	<p style="text-align: right;">1.12 الدور الخفيف عند الوقوف</p> <p>خلال الأسبوع الماضي، هل شعرت بالإغماء، بالدوار أو تشويش (الرؤية ضبابية) عند الوقوف بعد الجلوس أو الاستلقاء؟</p> <p>0: طبيعي: لا يوجد شعور بالدوار أو التشويش.</p> <p>1: طفيف: يحدث شعور بالدوار أو التشويش. ومع ذلك، فإنها لا تسبب لي المتاعب في فعل الأشياء.</p> <p>2: خفيف: شعور بالدوار أو التشويش يقتضي أن أتمسك بشيء، لكنني لا تحتاج إلى الجلوس أو الاستلقاء.</p> <p>3: متوسط: شعور بالدوار أو التشويش يقتضي أن أجلس أو أستلقي لتجنب الإغماء أو السقوط.</p> <p>4: شديد: شعور بالدوار أو التشويش يسبب لي السقوط أو الإغماء.</p>
<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin: 10px auto;"></div>	<p style="text-align: right;">1.13 الإعياء (الإجهاد)</p> <p>خلال الأسبوع الماضي، هل كنت تشعر عادة بالتعب (الإجهاد)؟ هذا الشعور ليس جزءاً من كونك تشعر بالنعاس أو الحزن</p> <p>0: طبيعي: لا يوجد تعب.</p> <p>1: طفيف: يحدث تعب. ومع ذلك فإنه لا يسبب لي مشاكل في فعل الأشياء أو أن أكون مع الناس.</p> <p>2: خفيف: التعب يسبب لي بعض المتاعب في فعل الأشياء أو أن أكون مع الناس.</p> <p>3: متوسط: التعب يسبب لي الكثير من المتاعب في فعل الأشياء أو أن أكون مع الناس.. ومع ذلك، فإنه لا يمنعني من القيام بأي شيء.</p> <p>4: شديد: التعب يمنعني من القيام بأشياء أو أن أكون مع الناس.</p>
<p>الجزء الثاني: النواحي (الجوانب) الحركية من تجارب الحياة اليومية</p>	
<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin: 10px auto;"></div>	<p style="text-align: right;">2.1 الكلام</p> <p>خلال الأسبوع الماضي، هل كان لديك مشاكل بكلامك؟</p> <p>0: طبيعي: لا على الإطلاق (لا يوجد مشاكل).</p> <p>1: طفيف: كلامي منخفض، مدغم (ثقيل) أو غير متكافئ، لكنه لا يؤدي إلى أن يطلب الآخرين مني أن أكرر ما قلته.</p> <p>2: خفيف: كلامي يؤدي إلى أن يطلب الآخرين مني أن أكرر ما قلته في بعض الأحيان ولكن لا يحدث كل يوم.</p> <p>3: متوسط: كلامي غير واضح بما فيه الكفاية، يطلب مني الآخرين أن أكرر ما قلته يحدث هذا في كل يوم، على الرغم من أن معظم كلامي مفهوم.</p> <p>4: شديد: معظم أو كل كلامي لا يمكن فهمه.</p>

2.2 اللعاب وسيلان اللعاب

خلال الأسبوع الماضي، عادة هل كان لديك الكثير من اللعاب عندما كنت مستيقظا أو نائما؟

0: طبيعي: لأعلى الإطلاق (لا يوجد مشاكل).

1: طفيف: لدي الكثير من اللعاب، ولكن دون سيلان.

2: خفيف: لدي بعض سيلان اللعاب أثناء النوم، ولكن لا شيء، عندما أكون مستيقظا.

3: متوسط: لدي بعض سيلان اللعاب عندما أكون مستيقظا، ولكنني عادة لا أحتاج منديل قماشي أو للمناديل الورقية.

4: شديد: عندي الكثير من سيلان اللعاب حيث أحتاج بشكل منتظم لاستخدام المنديل القماشي أو المنديل الورقي للحفاظ على ملابسي.

2.3 المضغ والبلع

خلال الأسبوع الماضي، عادة هل كان لديك مشاكل في بلع حبوب الدواء أو تناول وجبات الطعام؟ هل تحتاج إلى تقطيع (تقسيم) حبوب الدواء أو طحنها أو ان تكون وجباتك الطعام لينة (مهروسة)، مقطعه أو مخلوطة لتجنب الاختناق؟



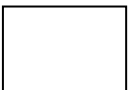
0: طبيعي: لا توجد مشاكل.

1: طفيف: أنا مدرك لبطني في المضغ أو المجهود الزائد خلال البلع، ولكن لا يحدث اختناق أو ان اكون بحاجة الى ان يعد طعامي بشكل خاص.

2: خفيف: أنا بحاجة إلى تقطيع (تقسيم) حبوب الدواء أو ان تعد وجبات طعامي بشكل خاص بسبب مشاكل في البلع أو المضغ، ولكن لم يحدث ان اختنقت خلال الأسبوع الماضي بسبب ذلك.

3: متوسط: حدث ان اختنقت مرة واحدة على الأقل خلال الأسبوع الماضي.

4: شديد: انا بحاجة لأنبوب للتغذية بسبب مشاكل في المضغ والبلع.

	<p>2.4 مهام الاكل</p> <p>خلال الأسبوع الماضي، وعادة هل كان لديك مشاكل في تناول طعامك أو استخدام ادوات الاكل؟ على سبيل المثال، لديك مشكلة في تناول الطعام باليد أو الشوك ، الساكين، الملاعق، عيدان تناول الطعام؟</p> <p>0: طبيعي: لا على الإطلاق (لا يوجد مشاكل)</p> <p>1: طفيف: انا بطيء ولكن لست بحاجة الى مساعده لتناول طعامي ولا يحدث انسكاب للطعام اثناء تناوله.</p> <p>2: خفيف: انا بطيء بالأكل ويحدث في بعض الاحيان انسكاب للطعام. وقد احتاج للمساعدة في بعض المهمات مثل تقطيع اللحم.</p> <p>3: متوسط: انا بحاجة للمساعدة في كثير من مهام الاكل، ولكن قادر على اداء بعضها لوحدي.</p> <p>4: شديد: انا بحاجة للمساعدة في معظم او كافة مهام الاكل.</p>
	<p>2.5 ارتداء الملابس وخلعها</p> <p>خلال الاسبوع الماضي ، عادة هل كان لديك مشاكل بارتداء الملابس؟ على سبيل المثال، هل انت بطيء او بحاجة مساعده بالترزير (عمل الازرار)، السحابات، ارتداء او خلع ملابسك او مجوهراتك؟</p> <p>0: طبيعي: لا على الإطلاق (لا يوجد مشاكل).</p> <p>1: طفيف: انا بطيء ولكن لست بحاجة لمساعدته.</p> <p>2: خيف: انا بطيء وبحاجه لمساعدته في بعض مهام خلع وارتداء الملابس (الازرار، الاساور).</p> <p>3: متوسط: انا بحاجة لمساعدته في كثير من مهام خلع وارتداء الملابس.</p> <p>4: شديد: انا بحاجة لمساعدته في معظم او جميع مهام خلع وارتداء الملابس.</p>
	<p>2.6 النظافة</p> <p>خلال الأسبوع الماضي، عادة هل كنت بطيء أو بحاجة للمساعدة في التغليف، الاستحمام، الحلاقة، تنظيف الأسنان، وتمشيط شعرك أو مع غيرها من امور النظافة الشخصية؟</p> <p>0: طبيعي: لا على الإطلاق (لا يوجد مشاكل).</p> <p>1: طفيف: انا بطيء ولكن لست بحاجة لمساعدته.</p> <p>2: خفيف: انا بحاجة لمساعدته من شخص اخر في بعض امور النظافة.</p> <p>3: متوسط: انا بحاجة لمساعدته في كثير من مهام امور النظافة.</p> <p>4: شديد: انا بحاجة لمساعدته في معظم او جميع مهام امور النظافة.</p>

2.7 خط اليد

خلال الاسبوع الماضي, عادة هل كان الناس يواجهون صعوبة (مشاكل) في فهم خطك؟

0: طبيعي: لا على الإطلاق (لا يوجد مشاكل).

1: طفيف: كتابتي بطيئة، غير متقنة او متقطعة، ولكن كل الكلمات واضحة.

2: خفيف: بعض الكلمات غير واضحة وصعبة القراءة.

3: متوسط: كلمات كثيرة غير واضحة وصعبة القراءة.

4: شديد: معظم أو كل الكلمات لا يمكن قراءتها

2.8 ممارسه الهوايات والأنشطة الأخرى

خلال الاسبوع الماضي، عادة هل كان لديك صعوبة في ممارسة هواياتك أو غيرها من الأمور التي تحب ان تقوم بها؟

0: طبيعي: لا على الإطلاق (لا يوجد مشاكل).

1: طفيف: أنا بطيء بعض الشيء ولكن أقوم بهذه الأنشطة بسهولة.

2: خفيف: لدي بعض الصعوبات للقيام بهذه الأنشطة

3: متوسط: لدي مشاكل كبيرة للقيام بهذه الأنشطة ولكن ما زلت أستطيع القيام بمعظمها

4: شديد: غير قادر على القيام بمعظم او جميع هذه الأنشطة

2.9 التقلب في السرير

خلال الاسبوع الماضي، عادة هل كان لديك مشاكل في التقلب بالسرير؟

0: طبيعي: لا على الإطلاق (لا يوجد مشاكل).

1: طفيف: لدي بعض المشاكل عندما اتقلب في السرير ولكن لا احتاج لمساعدة.

2: خفيف: لدي الكثير من مشاكل التقلب في السرير وفي بعض الاحيان احتاج لمساعدة من شخص اخر.

3: متوسط: كثير من الاحيان ما احتاج الى مساعدة من شخص اخر لا تقلب في السرير.

4: شديد: غير قادر ان تقلب بالسرير دون مساعدة شخص اخر.

2.10 الارتعاش

خلال الاسبوع الماضي, عادة هل كان لديك رجفة او ارتعاش؟

0: طبيعي: لا على الإطلاق. ليس لدى أي رجفة أو ارتعاش.

1: طفيف: الرجفة او الارتعاش تحدث ولكن لا تسبب لي مشاكل مع أي أنشطة.

2: خفيف: الرجفة او الارتعاش تسبب لي مشاكل مع بعض الأنشطة.

3: متوسط: الرجفة او الارتعاش تسبب لي مشاكل مع الكثير من الأنشطة اليومية.

4: شديد: الرجفة او الارتعاش تسبب لي مشاكل مع معظم أو جميع الأنشطة.

2.11 النهوض من السرير, السيارة, او من على كرسي منخفض

خلال الاسبوع الماضي, عادة هل كان لديك مشاكل بالنهوض من السرير, السيارة, او كرسي منخفض؟

0: طبيعي: لا على الإطلاق (لا يوجد مشاكل).

1: طفيف: انا بطيء او واجه صعوبة, لكن عادة ما استطيع النهوض من اول محاوله.

2: خفيف: انا بحاجة لأكثر من محاوله لكي استطيع النهوض او قد احتاج للمساعدة في بعض الاحيان.

3: متوسط: في بعض الاحيان احتاج للمساعدة للنهوض, ولكن ما زلت قادر على النهوض لوحدي في معظم الاوقات.

4: شديد: انا بحاجة للمساعدة معظم او كل الوقت.

2.12 المشي والتوازن

خلال الاسبوع الماضي, عادة, هل كان لديك مشاكل في التوازن والمشي؟

0: طبيعي: لا على الإطلاق (لا يوجد مشاكل)

1: طفيف: انا بطيء قليلا او قد اقوم بجر ساقي اثناء المشي, ولكن لا استخدم اداة مساعده للمشي ابدا.

2: معتدل: استخدم اداة مساعدة للمشي في بعض الأحيان, ولكنني لا احتاج إلى أي مساعدة من شخص اخر.

3: متوسط: عادة ما استخدم أداة مساعدة للمشي (العصا, مشاية) للسير (للمشي) بأمان دون وقوع. ومع ذلك, لا احتاج عادة إلى مساعده من شخص آخر.

4: شديد: عادة ما احتاج لمساندة (المساعدة) من اشخاص اخرين للمشي بأمان دون وقوع.

2.13 التجمد

خلال الاسبوع الماضي, في يومك العادي اثناء المشي هل يحدث معك ان تتوقف بشكل مفاجئ او ان تتجمد كما لو ان قدمك ملتصقة (عالقة) بالأرض؟

0:طبيعي: لا على الاطلاق(لا يوجد مشاكل)

1: طفيف: يحدث التجمد لفترة وجيزة (قصيره) ولكن تستطيع ان ابدأ المشي مره اخرى بسهولة. لا احتاج لمساعدة من شخص اخر او استخدام ادوات مساعدة للمشي (العصا, المشاية) بسبب التجمد .

2:خفيف: يحدث تجمد وأجد صعوبة في ان ابدأ المشي من جديد, ولكن لست بحاجة لمساعدة من شخص اخر او ان استخدم اداة مساعدة للمشي (عصا ,مشاية)بسبب التجمد

3:متوسط: عندما يحدث التجمد يكون لدي الكثير من المشاكل بان ابدأ المشي من جديد, وبسبب التجمد احتاج لاستخدام اداة مساعدة للمشي او مساعدة شخص اخر في بعض الاحيان.

4:شديد: بسبب التجمد انا بحاجة لاستخدام اداة مساعدة للمشي او مساعدة شخص اخر معظم او كل الوقت

هكذا تم استكمال الاستبيان. ربما نكون قد سألناك عن مشاكل ليست لديك , وربما نكون قد ذكرنا مشاكل لم ولن تحدث لك على الإطلاق. هذه المشاكل لا تحدث مع كل المرضى , ولكن لكونها محتمله الحدوث, فمن المهم ان نسال كل هذه الأسئلة لكل مريض. شكرا لك على وقتك واهتمامك لإكمال هذا الاستبيان.

الجزء الثالث: فحص الحركة

لمحة عامة: هذا الجزء من المقياس يقيم العلامات الحركية لمرض باركنسون . عند تطبيق الجزء الثالث من "مقياس التصنيف الموحد لمرض باركنسون – التابع لجمعية اضطرابات الحركة MDS-UPDRS فإنه يجب على الفاحص أن يلتزم بالإرشادات التالية: في الجزء العلوي من النموذج، حدد ما ان كان المريض يستخدم دواء لعلاج أعراض مرض باركنسون، وان كان على ليفودوبا، والوقت منذ آخر جرعة.

أيضاً، إذا كان المريض يستخدم دواءً لعلاج أعراض مرض باركنسون، حدد الحالة السريرية للمريض باستخدام التعاريف التالية: مرحلة العمل ON: هي الحالة الوظيفية النمطية عندما يأخذ المرضى الدواء ويكون لديهم استجابة جيدة. مرحلة التوقف OFF: هي الحالة الوظيفية النمطية عند المرضى الذين لديهم استجابة ضعيفة على الرغم من تناولك الأدوية. كباحت يجب ان "تقيّم ما تراه". من المتعارف عليه أن المشاكل الطبية المتزامنة مثل السكتة الدماغية والشلل والتهاب المفاصل، والتقلصات، ومشاكل العظام مثل استبدال مفصل الورك أو الركبة والجنف قد تتداخل في عناصر منفردة أثناء فحص الحركة. في الحالات التي من المستحيل تماماً أن تجري فيها الفحص (على سبيل المثال: البتر، الشلل، او ان يكون احد الأطراف مجبراً). استخدام التديين "UR" بمعنى غير قادر على التقييم. خلاف ذلك، قِيم أداء كل مهمة كما يؤديها المريض ضمن الامراض المتعددة.

جميع البنود يجب ان يكون تقييمها بعدد صحيح (لا انصاف نقاط ، لا تقييمات مفقودة).

تعطى تعليمات محددة لاختبار كل بند. هذه التعليمات يجب أن تُتبع في جميع الحالات. يُطبق الفاحص المهام بشكل عملي أثناء وصفها للمريض. والمريض يقوم بأداء المهمة مباشرة بعد ذلك ويقوم الفاحص بتقييمها على الفور. بنود الحركات العفوية (التلقائية) العامة والرعاش أثناء الراحة (3.14 و 3.17). وضعت هذه البنود في نهاية المقياس عن قصد ، لأن المعلومات السريرية الموصلة إلى درجة التقييم سيتم الحصول عليها من خلال الفحص كاملاً.

في نهاية التقييم ، اذكر ما ان كان خلل الحركة المعروف ب(ديسكينيزيا Dyskinesia) سواءا كان (رُقاص / كوريا Chorea) أو (خلل التوتر ديستونيا Dystonia) موجودا أثناء وقت الفحص. وإن كان الأمر كذلك، ما إذا كانت هذه الحركات قد تداخلت (أثرت) مع فحص الحركة.

3 أ. هل المريض يستخدم دواء لعلاج أعراض مرض باركنسون؟ لا نعم

3 ب. إذا كان المريض يستخدم دواءً لعلاج أعراض مرض باركنسون، حدد الحالة السريرية للمريض باستخدام التعاريف التالية:
 مرحلة العمل ON: هي الحالة الوظيفية النمطية عندما يأخذ المرضى الدواء ويكون لديهم استجابة جيدة.
 مرحلة التوقف OFF: هي الحالة الوظيفية النمطية عند المرضى الذين لديهم استجابة ضعيفة على الرغم من تناولك الأدوية.

3 ج. هل المريض يستخدم دواء ليفودوبا؟ لا نعم
3 ج.1 إذا كانت الإجابة بنعم، كم دقيقة مضت منذ جرعة ليفودوبا الأخيرة: _____

مقياس التصنيف الموحد لمرض باركنسون – التابع لجمعية اضطرابات الحركة :MDS-UPDRS
(التقييم العددي السريري)

<p>النتيجة (مجموع النقاط)</p>	<p>3.1 الكلام</p> <p>تعليمات للفاحص: الاستماع إلى كلام المريض العفوي والدخول في محادثة إذا لزم الأمر. المواضيع المقترحة: اسأل عن طبيعة عمل المريض، وهواياته، والتمارين الرياضية المفضلة لديه، أو كيف وصل إلى مكتب الطبيب. يرجى تقييم ارتفاع الصوت والتشكيل (علم العروض) والوضوح، بما في ذلك تداخل الكلمات، الجلجلة (تكرار المقاطع) والكلام السريع، ذو الإيقاع غير المنتظم أو المختلط مع كلمات غير ذات صلة.</p> <p>0 : طبيعي : لا يوجد مشاكل في الكلام 1 : طفيف : نقصان في التشكيل أو أسلوب الالقاء، أو حجم الصوت، ولكن لا تزال جميع الكلمات سهلة الفهم. 2 : خفيف : نقصان في التشكيل أو أسلوب الالقاء، أو حجم الصوت، مع بضع كلمات غير واضحة، ولكن بشكل عام الجمل سهلة المتابعة. 3 : متوسط : الكلام من الصعب ان يفهم لدرجة أن بعض الجمل ولكن ليس اكثرها تكون غير مفهومة. 4 : شديد : معظم الكلام من الصعب أن يفهم أو غير واضح.</p>
<p></p>	<p>3.2 تعابير الوجه</p> <p>تعليمات للفاحص: راقب المريض اثناء الجلوس وهو في وضع الجلوس لمدة 10 ثوانٍ، من دون الحديث، وكذلك حين يتحدث. راقب تكرار حركة رمش العينين. الوجه المقنع (ثبات أو فقدان تعابير الوجه)، وحركة المبادعة بين الشفاه التلقائية.</p> <p>0 : طبيعي : تعابير وجه طبيعية 1 : طفيف : وجه مقنع طفيف جداً، يتمثل فقط في انخفاض معدل تكرار حركة رمش العينين. 2 : خفيف : بالإضافة الى انخفاض تكرار حركة رمش العينين، كذلك فإن الوجه المقنع موجود في الجزء السفلي من الوجه بمعنى حركات اقل حول الفم مثل انخفاض معدل الابتسامات التلقائية، لكن الشفتين غير متباعدتين عن بعضهما. 3 : متوسط : وجه مقنع مع تباعد الشفتين بعض الوقت عندما يكون الفم في وضع راحة. 4 : شديد : وجه مقنع مع تباعد الشفتين معظم الوقت عندما يكون الفم في وضع راحة.</p>

3.3 التصلب

تعليمات للفاحص: التصلب: هو الحكم على بطء الحركة السلبية للمفاصل الرئيسية بينما يكون المريض في وضع استرخاء و يقوم الفاحص بتحريك الأطراف والعنق. أولاً، افحص من دون تفعيل المناورة. افحص وقيم مقدار التصلب لرقبة وكل طرف على حدة. للذراعين، افحص مفاصل الرسغ والكوع في وقت واحد. للرجل، افحص مفاصل الورك والركبة في وقت واحد. إذا لم تكتشف أي تصلب، استخدم تفعيل المناورة مثل نقر الأصابع على بعضها، افتح وإغلاق قبضة اليد أو النقر بكعب القدم وذلك في الأطراف التي لا تقوم بفحصها. اشرح للمريض أن يُرخي أطرافه قدر الإمكان حيث يمكنك هذا من فحص الصلابة

- 0 : طبيعي : لا يوجد تصلب.
1 : طفيف : التصلب يُكتشف فقط عند تفعيل المناورة.
2 : خفيف : يتم الكشف عن الصلابة دون تفعيل المناورة، ولكن مدى الحركة الكامل يتحقق بسهولة.
3 : متوسط : يتم الكشف عن الصلابة دون تفعيل المناورة، ولكن مدى الحركة الكامل يتحقق بجهد.
4 : شديد : يتم الكشف عن الصلابة دون تفعيل المناورة، ولكن مدى الحركة الكامل لا يمكن تحقيقه.

الرقبة

الطرف العلوي الأيمن

الطرف العلوي الأيسر

الطرف السفلي الأيمن

الطرف السفلي الأيسر

3.4 النقر بالأصابع

تعليمات للفاحص: كل يد تفحص بشكل منفصل عن اليد الأخرى. طبق المهمة بشكل عملي امام المريض لكن لا تستمر بأدائها حين تبدأ بفحص المريض. اعطي تعليمات للمريض بالنقر بأصبع السبابة على الابهام 10 مرات بأسرع وأكبر ما يمكنه. قيم كل جهة على حدة، قيم السرعة، السعة، التردد، التوقفات، او نقصان اتساع النقر.

- 0 : طبيعي : لا يوجد مشاكل.
1 : طفيف : أي من الآتية: أ) كسر الايقاع المنتظم بواحد او اثنتين من الانقطاعات او التوقفات اثناء أداء حركة النقر بالأصابع. ب) بطء خفيف جداً ج) نقصان السعة عند الاقتراب من انهاء الـ 10 نقرات.
2 : خفيف : أي من الآتية: أ) كسر الايقاع المنتظم بـ 3 الى 5 انقطاعات او التوقفات اثناء أداء حركة النقر بالأصابع. ب) بطء خفيف ج) نقصان سعة النقر في منتصف سلسلة الـ 10 نقرات.
3 : متوسط : أي من الآتية: أ) كسر الايقاع المنتظم بأكثر من 5 انقطاعات اثناء أداء حركة النقر بالأصابع. او على الأقل توقفه وقفه طويله واحده (تجمد) اثناء أداء الحركة الجارية. ب) بطء متوسط ج) نقصان سعة النقر بعد البدء بالنقرة الأولى.
4 : شديد : لا يمكنه أو بالكاد يمكنه أداء المهمة بسبب البطء، الانقطاعات أو التناقصات.

يمين

يسار

3.5 حركات اليد

تعليمات للفاحص: افحص كل يد بشكل منفصل عن اليد الأخرى. طبق المهمة بشكل عملي امام المريض لكن لا تستمر بأدائها حين تبدأ بفحص المريض. اعط تعليمات للمريض لعمل قبضة محكمة مع ثنى الذراع عند الكوع بحيث يكون باطن كف المريض مواجهاً للفاحص. اطلب من المريض فتح واغلاق اليد 10 مرات على أكمل وجه وبأسرع وقت ممكن. إذا فشل المريض بجعل قبضته محكمة أو فتح يده بالكامل، ذكره بأن يفعل ذلك. قيم كل جهة على حده ، قيم السرعة ، السّعة ، التردد ، التوقفات ، نقصان اتساع فتح اليد.

0 : طبيعي : لا يوجد مشاكل.

1 : طفيف : أي من الآتية: أ) كسر الايقاع المنتظم بواحد او اثنتين من الانقطاعات او التوقفات اثناء اداء حركة فتح وقبض اليد. ب) بطء خفيف جداً (ج) نقصان السعة عند الاقتراب من انهاء الـ 10 قبضات.

2 : خفيف : أي من الآتية: أ) كسر الايقاع المنتظم بـ 3 الى 5 انقطاعات او التوقفات اثناء اداء حركة النقر بالأصابع. ب) بطء خفيف (ج) نقصان سعة فتح اليد في منتصف سلسلة الـ 10 قبضات.

3 : متوسط : أي من الآتية: أ) كسر الايقاع المنتظم بأكثر من 5 انقطاعات اثناء أداء حركة قبض وفتح اليد. او على الأقل توقعه طويله واحده (تجمد) اثناء أداء الحركة الجارية. ب) بطء متوسط (ج) نقصان سعة فتح اليد بعد البدء بالقبضة والفتحة الأولى من سلسلة الـ 10 قبضات - فتحات.

4 : شديد : لا يمكنه أو بالكاد يمكنه أداء المهمة بسبب البطء، الانقطاعات أو التناقصات.

يمين

يسار

3.6 حركة كب - استلقاء الأيدي

تعليمات للفاحص: افحص كل يد بشكل منفصل عن اليد الأخرى. طبق المهمة بشكل عملي امام المريض لكن لا تستمر بأدائها حين تبدأ بفحص المريض. اعط تعليماتك للمريض بأن يمد ذراعيه الى الأمام بعيداً عن جسمه مع جعل راحتي يديه إلى أسفل؛ ثم يقوم بقلب يديه جاعلاً راحتيه الى الأعلى وهكذا. اطلب من المريض عمل هذه الحركة 10 مرات بالتناوب ، على أكمل وجه وبالسرع الممكنة. قيم درجة كل جهة على حده ، قيم السرعة ، السّعة ، التردد ، التوقفات ، او نقصان اكتمال قلب و بسط راحتي يديه.

0 : طبيعي : لا يوجد مشاكل.

1 : طفيف : أي من الآتية: أ) كسر الايقاع المنتظم بواحد او اثنتين من الانقطاعات او التوقفات اثناء اداء حركة كب-و-استلقاء اليد. ب) بطء خفيف جداً (ج) نقصان السعة عند الاقتراب من انهاء الـ 10 حركات.

2 : خفيف : أي من الآتية: أ) كسر الايقاع المنتظم بـ 3 الى 5 انقطاعات او التوقفات اثناء اداء حركة النقر بالأصابع. ب) بطء خفيف (ج) نقصان سعة كب-و-استلقاء اليدين في منتصف سلسلة الـ 10 حركات كب-و-استلقاء.

3 : متوسط : أي من الآتية: أ) كسر الايقاع المنتظم بأكثر من 5 انقطاعات اثناء أداء حركة كب-و-استلقاء اليدين. او على الأقل توقعه طويله واحده (تجمد) اثناء أداء الحركة الجارية. ب) بطء متوسط (ج) نقصان سعة فتح اليد بعد البدء بالحركة الأولى من سلسلة الـ 10 حركات كب-و-استلقاء.

4 : شديد : لا يمكنه أو بالكاد يمكنه أداء المهمة بسبب البطء، الانقطاعات أو التناقصات.

يمين

يسار

3.7 النقر بأصابع القدم

تعليمات للفاحص: يجب ان يكون المريض جالساً على كرسي مستقيم الظهر وله ذراعان ، كلا القدمين يجب ان تكونا على الأرض، افحص كل قدم بشكل منفصل عن القدم الأخرى. طبق المهمة بشكل عملي امام المريض لكن لا تستمر بأدائها حين تبدأ بفحص المريض. اعط تعليماتك للمريض بوضع كعب قدمه على الارض بشكل مريح ثم يقوم بالنقر بأصابع قدميه على الأرض بأكبر وأسرع ما يمكنه. قيم درجة كل جهة على حده ، قيم السرعة ، السبغ ، التردد ، التوقفات ، او نقصان اتساع النقر.

يمين

يسار

- 0 : طبيعي : لا يوجد مشاكل.
1 : طفيف : أي من الآتية: أ) كسر الايقاع المنتظم بواحد او اثنتين من الانقطاعات او التوقفات اثناء اداء حركة النقر بأصابع القدمين . ب) بطء خفيف جداً ج) نقصان السعة عند الاقتراب من انهاء الـ 10 نقرات.
2 : خفيف : أي من الآتية: أ) كسر الايقاع المنتظم بـ 3 الى 5 انقطاعات او التوقفات اثناء اداء حركة النقر بأصابع القدمين. ب) بطء خفيف ج) نقصان سعة النقر في منتصف سلسلة الـ 10 نقرات.
3 : متوسط : أي من الآتية: أ) كسر الايقاع المنتظم بأكثر من 5 انقطاعات اثناء اداء حركة النقر بالأصابع. او على الأقل توقفه طويله واحده (تجمد) اثناء اداء الحركة الجارية. ب) بطء متوسط ج) نقصان سعة النقر بعد البدء بالنقرة الأولى.
4 : شديد : لا يمكنه أو بالكاد يمكنه أداء المهمة بسبب البطء، الانقطاعات أو التناقصات.

3.8 خفة حركة الساقين

تعليمات للفاحص: يجب ان يكون المريض جالساً على كرسي مستقيم الظهر وله ذراعان ، كلا القدمين يجب ان تكونا على الأرض، افحص كل قدم بشكل منفصل عن القدم الأخرى. طبق المهمة بشكل عملي امام المريض لكن لا تستمر بأدائها حين تبدأ بفحص المريض. اعط تعليماتك للمريض بوضع قدمه على الارض بشكل مريح ثم يقوم برفع رجله الى الاعلى مع ابقاء باطن قدمه مواجهاً الأرض ثم ينزل رجله ضارباً الأرض بباطن قدمه. يكرر هذه الحركة 10 مرات بأعلى وأسرع ما يمكنه. قيم درجة كل جهة على حده ، قيم السرعة ، السبغ ، التردد ، التوقفات ، اتساع حجم الحركة.

يمين

يسار

- 0 : طبيعي : لا يوجد مشاكل.
1 : طفيف : أي من الآتية: أ) كسر الايقاع المنتظم بواحد او اثنتين من الانقطاعات او التوقفات اثناء اداء حركة الضرب بالقدم . ب) بطء خفيف جداً ج) نقصان السعة عند الاقتراب من انهاء المهمة.
2 : خفيف : أي من الآتية: أ) كسر الايقاع المنتظم بـ 3 الى 5 انقطاعات او التوقفات اثناء اداء حركة الضرب بالرجل. ب) بطء خفيف ج) نقصان سعة الحركة عند منتصف المهمة.
3 : متوسط : أي من الآتية: أ) كسر الايقاع المنتظم بأكثر من 5 انقطاعات اثناء اداء حركة الضرب بالرجل. او على الأقل توقفه طويله واحده (تجمد) اثناء اداء الحركة الجارية. ب) بطء متوسط ج) نقصان سعة حجم الحركة بعد البدء بالضربة الأولى.
4 : شديد : لا يمكنه أو بالكاد يمكنه أداء المهمة بسبب البطء، الانقطاعات أو التناقصات.

3.9 القيام من على الكرسي

تعليمات للفاحص: يجب ان يكون المريض جالساً على كرسي مستقيم الظهر وله ذراعان ، كلا القدمين يجب ان تكونا على الأرض، ويكون المريض راجعاً الى الخلف ، الى مسند الظهر (اذا لم يكن المريض قصيراً جداً). اطلب من المريض ان يقطع كلا ذراعيه على شكل حرف X ثم يضمها الى صدره ثم اطلب منه الوقوف. اذا لم ينجح المريض بالوقوف اطلب منه اعادة المحاولة بحد اقصى مرتين اخريين. اذا ما زال غير ناجحاً بالوقوف اسمح للمريض بالتحرك الى الامام في الكرسي و ان يحاول مجدداً بينما يديه مطويتين على صدره ، اسمح له بمحاولة واحده فقط في هذه الوضعية. اذا لم ينجح ، اسمح للمريض بدفع نفسه مستخدماً يديه على ذراعي الكرسي ، اسمح بـ 3 محاولات فقط بطريقة الدفع. واذا ما زال غير ناجحاً بالوقوف ، ساعد المريض على النهوض. بعد وقوف المريض ، راقب وضعية (وَقْفَة) المريض للبند 3.13.

- 0 : طبيعي : لا يوجد مشاكل ، قادر على الوقوف بسرعه وبدون تردد.
- 1 : طفيف : النهوض أبطئ من الطبيعي ، او ربما يحتاج اكثر من محاوله ، او ربما يحتاج لأن يتقدم الى الامام في الكرسي حتى يستطيع النهوض. لكن لا حاجة لأن يستخدم ذراعي الكرسي.
- 2 : خفيف : يدفع نفسه مستخدماً ذراعي الكرسي بدون صعوبة.
- 3 : متوسط : يحتاج لأن يدفع نفسه ، لكنه يميل الى السقوط الى الخلف ، او يلزمه ان يحاول أكر من مره مستخدماً الدفع بإذراعي الكرسي لكنه يستطيع الوقوف دون الحاجة للمساعدة.
- 4 : شديد : لا يمكنه النهوض من دون مساعدة.

3.10 المشية

تعليمات للفاحص: افضل طريقة لإجراء اختبار المشية عن طريق جعل المريض يمشي بعيداً عن ثم باتجاه الفاحص ، حيث أن كلا جانبي الجسم الأيمن والأيسر يمكن ملاحظتها بسهولة وفي وقت واحد. يجب على المريض ان يمشي على الأقل 10 أمتار (30 قدماً) ثم الدوران والعودة الى الفاحص. هذا البند يقيس عدة سلوكيات ، سعة الخطو ، سرعة الخطو ، ارتفاع رفع القدم ، ضربة الكعب أثناء المشي، والدوران، وأرجحه الذراعين، ولكن ليس التجمد. أيضا يقيم "تجمد المشية" (البند التالي 3.11) اثناء مشي المريض. راقب الوضعية للبند 3.13

- 0 : طبيعي : لا يوجد مشاكل.
- 1 : طفيف : المشي باستقلالية ، مع تردي طفيف في المشية.
- 2 : خفيف : المشي باستقلالية ، مع تردي كبير في المشية.
- 3 : متوسط : يلزمه أداء مساعده للمشي بأمان (عصا المشي ، المشاية) ولكن ليس مساعدة شخص اخر.
- 4 : شديد : لا يمكنه المشي مطلقاً ، او يلزمه مساعد شخص آخر حتى يستطيع المشي.

3.11 تجمد المشية

تعليمات للفاحص: بينما تقوم بتقييم المشية ، أيضاً قيم ان كان هناك اي حوادث تجمد في المشية. راقب التردد في البداية وحركة التعثر خصوصاً عند الدوران والوصول إلى نهاية المهمة. لا يستخدم المريض الاهداءات الحسية اثناء التقييم قدر الامكان بالحد الذي تسمح به اجراءات السلامة.

- 0 : طبيعي : لا يوجد تجمد.
1 : طفيف : تجمد عبد البدء، والدوران، أو المشي من خلال عتبة الباب، مع توقف واحد في أي من هذه الأحداث، ولكن بعد ذلك يواصل المشي بسلاسة دون تجمد أثناء المشي بخط مستقيم.
2 : خفيف : تجمد عبد البدء، والدوران، أو المشي من خلال عتبة الباب، مع وجود أكثر من توقف واحد في أي من هذه النشاطات، ولكن بعد ذلك يواصل المشي بسلاسة دون تجمد أثناء المشي بخط مستقيم.
3 : متوسط : تجمد لمره واحده أثناء المشي بخط مستقيم.
4 : شديد : تجمد أكثر مره أثناء المشي بخط مستقيم.

3.12 عدم استقرار الوضعية

تعليمات للفاحص: هذا الفحص يقيس الاستجابة لتغير مفاجئ في موضع الجسم ناتجاً عن سحب الكتفين بقوة وبسرعة اثناء وقوف المريض منتصباً وعيناه مفتوحتان وقدماه متباعدتان بشكل مريح وموازيه كلاهما الأخرى. اختبار الاندفاع الخلفي. قف خلف المريض واعطِ تعليماتك للمريض عما سوف يحدث. اشرح للمريض انه من المسموح له بأخذ خطوة الى الخلف لتجنب السقوط. يجب ان يكون هناك جدار صلب خلف الفاحص ، على بعد 1-2 متر للسماح لك بمراقبة عدد خطوات الاندفاع للخلف. الجذبة الأولى عبارة عن تطبيق عملي توضيحي وتكون اقل قوة عن قصد ولا تحسب في التقييم. المرة الثانية تجذب الكتفين بخفة وبسرعة باتجاه الفاحص ، مع قوة كافية لتغيير مركز الجاذبية في جسم المريض ، لذلك يجب على المريض اخذ خطوة الى الخلف. الفاحص يحتاج لأن يكون جاهزاً ليمسك المريض ، لكن يجب ان يكون على بعد كافي في الخلف من الغرفة بحيث يسمح للمريض بأخذ عدة خطوات لاستعادة توازنه بشكل مستقل. لا تسمح للمريض بحني جسمه الى الامام بشكل غير طبيعي تحسباً لعملية السحب. راقب عدد الخطوات الى الخلف او السقوط. ويشمل ذلك - خطوتين على الأكثر لاستعادة التوازن يعتبر طبيعي ، بناءً عليه فإن التقييم غير الطبيعي يبدأ من 3 خطوات. اذا فشل المريض في فهم الفحص ، فبإمكان الفاحص ان يعيد الفحص ، فعليه ان اعطاء درجات القياس يكون من خلال التقييم الذي يشعر فيه الفاحص انه يعكس قدرات المريض لا عدم فهم المريض للفحص او عدم الاستعداد. راقب الوضعية أثناء الوقوف للبند رقم 3.13.

- 0 : طبيعي : لا يوجد مشاكل ، يستعيد توازنه بعد خطوة واحدة او اثنتين.
1 : طفيف : 3 الى 5 خطوات ، لكن المريض يستعيد توازنه بدون مساعدة.
2 : خفيف : أكثر من 5 خطوات ، لكن المريض يستعيد توازنه بدون مساعدة.
3 : متوسط : يقف بأمان ، لكن مع فقدان الاستجابة الوضعية ، بمعنى انه سيسقط اذا لم يُمسك به من قبل الفاحص.
4 : شديد : غير متوازن بشده ، يميل الى فقد توازنه لا إرادي ، او مع سحبه لطيفه على الاكتاف.

3.13 الوضعية

تعليمات للفاحص: تُقيّم الوضعية عندما يكون المريض واقفاً منتصباً بعد نهوضه من على الكرسي ، وخلال المشي ، واثناء ما يفحص لردود الفعل الوضعية. اذا لاحظت وضعية سيئة اخبر المريض بأن يقف بشكل مستقيم ولاحظ اذا تحسنت الوضعية (انظر الخيار 2 في الاسفل). سجل علامة أسوء وضعية رأيتها في نقاط الملاحظة الثلاث. راقب الانحناء والميل من جانب الى آخر.

- 0 : طبيعي : لا يوجد مشاكل.
1 : طفيف : ليس منتصباً تماماً ، لكن وضعية الجسم قد تبدو طبيعية لشخص كبير في السن.
2 : خفيف : انحناء واضح ، الجنف او ميلان لجانب واحد ، لكن المريض يستطيع تصحيح وضعيته لتصبح طبيعية اذا طلب منه ذلك.
3 : متوسط : وضعية متحديه ، الجنف او ميلان لجانب واحد لا يمكن للمريض تصحيحه إرادياً ليصبح وضعية طبيعية.
4 : شديد : انحناء ، الجنف او ميلان مع وضعية جسد غير طبيعية بشكل شديد جداً

3.14 الحركات العفوية (التلقائية) العامة (بطء حركة الجسم):

تعليمات للفاحص: هذا التقييم العام يجمع كل الملاحظات عن البطء، التردد، وصغر السعة وِعَوَز (افتقار) الحركة بشكل عام، بما في ذلك قلة الايماءات وتقاطع الساقين. يستند هذا التقييم على الانطباع العام للفاحص بعد مراقبة اللفات العفوية أثناء الجلوس، وطبيعة النهوض (الوقوف) والمشي.

- 0 : طبيعي : لا يوجد مشاكل.
1 : طفيف : بطء عام وافتقار للحركة العفوية بشكل خفيف جداً.
2 : خفيف : بطء عام وافتقار للحركة العفوية بشكل خفيف.
3 : متوسط : بطء عام وافتقار للحركة العفوية بشكل متوسط.
4 : شديد : بطء عام وافتقار للحركة العفوية بشكل شديد جداً.

3.15 الرعاش الوضعي لليدين

تعليمات للفاحص: جميع الهزات (الرعشات) ، بما في ذلك الرعشات الطارئة اثناء الراحة الموجودة في هذه الوضعية يجب ان يتم تضمينها في هذا التصنيف. قيم كل يد على حده ، وقيم أعلى سعة رأيتها. اعط تعليماتك للمريض أن يمد ذراعيه الى الأمام ، أمام جسمه وان تكون راحتي اليدين الى الأسفل. وبنبغي أن يكون الرسغ مستقيماً والأصابع متباعدة بشكل مريح بحيث لا تلمس بعضها البعض. راقب هذه الوضعية لمدة 10 ثوانٍ.

- 0 : طبيعي : لا يوجد رعشة.
1 : طفيف : الرعشة موجودة لكن بسعة أقل من 1 سم.
2 : خفيف : سعة الرعشة على الأقل 1 سم ولكنها أقل من 3 سم.
3 : متوسط : سعة الرعشة على الأقل 3 سم ولكنها أقل من 10 سم.
4 : شديد : سعة الرعشة على الأقل 10 سم.

3.16 الرعشة الحركية (أثناء الحركة) في اليدين

تعليمات للفاحص: هذه تُفحص بواسطة مناورة الاصبع - الي - الأنف. حيث تكون الذراع في وضع ممدود الى الخارج ، اطلب من المريض القيام بمناورة الاصبع - الي - الأنف 3 مرات لكل يد واصلأ الى ابعد ما يمكنه ليلمس اصبع الفاحص. مناورة الاصبع - الي - الأنف يجب ان تؤدي ببطء كافي كي تلاحظ اي رعشة قد تكون حدثت ، والتي من الممكن أن تتواري مع حركة الذراع السريعة. كرر مع اليد الأخرى ، قِيم درجة كل يد على حده. الرعشة من الممكن ان تكون موجودة اثناء الحركة جميعها ، او تظهر الرعشة عند الوصول الى أي من الهدفين (الأنف او الاصبع) . اعط درجة التقييم لأعلى سِعة تراها.

- 0 : طبيعي : لا يوجد رعشة.
 1 : طفيف : الرعشة موجودة لكن بسِعة أقل من 1 سم.
 2 : خفيف : سِعة الرعشة على الأقل 1 سم ولكنها أقل من 3 سم.
 3 : متوسط : سِعة الرعشة على الأقل 3 سم ولكنها أقل من 10 سم.
 4 : شديد : سِعة الرعشة على الأقل 10 سم.

3.17 سِعة رُعاش الراحة

تعليمات للفاحص: هذا البند والبند التالي ووضعا عن قصد في نهاية الفحص ، للسماح للشخص المقيّم بجمع الملاحظات عن الرعاش اثناء الراحة والتي من الممكن ان تظهر في أي وقت اثناء الفحص ، بما فيها عند الجلوس بهدوء ، واثناء المشي ، وعند القيام بالنشاطات حينما تكون بعض اجزاء الجسم تتحرك بينما تكون الاجزاء الأخرى في راحة. اعط درجة التقييم لأعلى سِعة تراها في أي وقت كدرجة نهائية. قِيم السِعة فقط وليس استمرارية او تقطع الرعشة. كجزء من هذا التقييم ، يجب ان يجلس المريض بهدوء على كرسي وتكون اليدين موضوعتين على ذراعي الكرسي (ليس على الخُصن) والقدمان مدعمتان على الأرض بشكل مريح ، لمدة 10 ثوان ، مع عدم وجود أي تعليمات اخرى. الرعشة اثناء الراحة تُقِيم للأربعة اطراف جميعها ، كل طرف بشكل منفصل عن الاطراف الأخرى ، كذلك للشفة / الفك. اعط درجة التقييم فقط لأعلى سِعة تراها في أي وقت كدرجة نهائية

تقييم الأطراف:

- 0 : طبيعي : لا يوجد رعشة.
 1 : طفيف : أقل من أو تساوي 1 سم كأقصى سِعة.
 2 : خفيف : اكبر من 1 سم ولكنها أقل من أو تساوي 3 سم كأقصى سِعة.
 3 : متوسط : اكبر من 3 سم الى أقل من أو تساوي 10 سم كأقصى سِعة.
 4 : شديد : أكبر من 10 سم كأقصى سِعة.

تقييم الشفة / الفك:

- 0 : طبيعي : لا يوجد رعشة.
 1 : طفيف : أقل من أو تساوي 1 سم كأقصى سِعة.
 2 : خفيف : اكبر من 1 سم ولكنها أقل من أو تساوي 2 سم كأقصى سِعة.
 3 : متوسط : اكبر من 2 سم الى أقل من أو تساوي 3 سم كأقصى سِعة.
 4 : شديد : أكبر من 3 سم كأقصى سِعة.

يمين

يسار

الطرف العلوي الايمن

الطرف العلوي الايسر

الطرف السفلي الايمن

الطرف السفلي الايسر

الشفة / الفك

3.18 اتساق رعاش الراحة

تعليمات للفحص: هذا البند يتلقى تقييم واحد لجميع رعاش الراحة ويركز على ثبات رعاش الراحة خلال فترة الفحص ، عندما تكون أجزاء مختلفة من الجسم في راحة بأوقات مختلفة. يتم تقييمها في نهاية الفحص بشكل مقصود بحيث ان عدة دقائق من المعلومات يمكن ان تُدمج في التقييم.

تقييم الأطراف:

- 0 : طبيعي : لا يوجد رعشة.
1 : طفيف : رعاش الراحة موجود بنسبة أقل من أو تساوي 25% من فترة الفحص كاملاً.
2 : خفيف : رعاش الراحة موجود بنسبة ما بين 26% الى 50% من فترة الفحص كاملاً.
3 : متوسط : رعاش الراحة موجود بنسبة ما بين 51% الى 75% من فترة الفحص كاملاً.
4 : شديد : رعاش الراحة موجود بنسبة أكبر من 75% من فترة الفحص كاملاً.

تأثير خلل الحركة (ديسكاينيزيا) على تقييمات الجزء الثالث:

- أ. هل كانت اضطرابات الحركة (ديسكاينيزيا Dyskinesia) (رُقاص/ كوريا Chorea) أو (خلل التوتر ديستونيا Dystonia) موجودة أثناء وقت الفحص؟ لا نعم
- ب. اذا كان الجواب نعم ، هل تداخلت (أثرت) على تقييماتك؟ لا نعم

مراحل هون و يار :

- 0 : بدون ظهور اي اعراض
1 : ظهور الأعراض في جانب واحد
2 : ظهور الأعراض في كلا الجانبين ولكن بدون تأثير على التوازن.
3 : انخراط خفيف الى متوسط ، بعض عدم الاستقرار الوضعي ، لكن الشخص مازال مستقل جسمانيا ، يحتاج مساعدة ليستعيد توازنه بعد فحص السحب.
4 : العجز الشديد، ما يزال قادراً على المشي او الوقوف بدون مساعدة.
5 : ملازم للكرسي المتحرك او طريق الفراش إلا بمساعدة.

الجزء الرابع: المضاعفات الحركية

لمحة عامة و تعليمات: في هذا الجزء يستخدم الفاحص معلومات تاريخية وموضوعية ليقيم مضاعفتين حركيتين ، وهما خلل الحركة (ديسكينيزيا) والتذبذب الحركي والتي تشمل خلل التوتر (ديستونيا) أثناء مرحلة التوقف (وهي الفترة التي تكون فيها الأعراض شديدة نتيجة عدم وجود استجابة جيدة للأدوية حتى وان كان قد تناولها المريض). استخدم جميع المعلومات من المريض و مُقَدِّم الرعاية والفحص السريري للإجابة عن 6 أسئلة تلخص الحالة الوظيفية خلال الأسبوع الماضي بما فيها اليوم. كما هو الحال في الجزء الآخر التقييم يتم باستخدام أرقام صحيحة (أنصاف النقاط غير مسموح بها) كما لا يجب ترك تقييمات غير مكتملة. اذا كان البند لا يمكن تقييمه ، ضع UR بمعنى "غير قادر على التقييم". تحتاج لأن تختار بعض التقييمات بناءً على النسبة المئوية ، ولذلك تحتاج لأن تحدد كم ساعة في الأسبوع بشكل عام تكون ساعات يَظَنَّة (اي لا يكون المريض فيها نائماً) واستخدم هذا الرقم "كْمُحَدِّد" (مُعرّف) لأوقات التوقف وخلل الحركة (ديسكينيزيا). لخلل التوتر (ديستونيا) اثناء التوقف فإن مجموع اوقات التوقف تكون هي المحدد.

تعريفات اجرائية لاستخدام الفاحص.

خلل الحركة (ديسكينيزيا): حركات لا إرادية عشوائية.

كلمات غالباً ما يذكرها المريض تدل على خلل الحركة (ديسكينيزيا) تتضمن "رجيج غير منتظم" ، "تلوي" ، "نفضان" . من الضروري التأكيد للمريض الفرق ما بين خلل الحركة (ديسكينيزيا) والرعدة ، وهذا خطأ شائع يقع فيه المرضى عند تقييم خلل الحركة (ديسكينيزيا).

خلل التوتر (ديستونيا): وضعية ملتوية، غالباً مع عناصر ملتفه (ملتوية).

كلمات غالباً ما يذكرها المريض تدل على خلل التوتر (ديستونيا) تتضمن "تشنجات" و "تقلصات" ، او وضعية.

التذبذب الحركي: استجابة متفاوتة للأدوية.

كلمات غالباً ما يذكرها المريض تدل على التذبذب الحركي تتضمن "انهاك او ارهاق" ، "تأثير الأفعوانية" ، "فعالية و توقف" ، "تأثير الادوية متفاوت".

مرحلة التوقف OFF: هي الحالة الوظيفية النمطية عند المرضى الذين لديهم استجابة ضعيفة على الرغم من تناولك الأدوية. او حالة الاستجابة الوظيفية النمطية عندما يكون المرضى لا يستخدمون اي علاج للباركنسون. كلمات غالباً ما يذكرها المريض تدل على ذلك تتضمن "وقت الانخفاض" ، "الوقت السيئ" ، "وقت الرعدة" ، "وقت البطء" ، "الوقت الذي لا تعمل فيه أدويتي".

مرحلة العمل ON: هي الحالة الوظيفية النمطية عندما يأخذ المرضى الدواء ويكون لديهم استجابة جيدة. كلمات غالباً ما يذكرها المريض تدل على ذلك تتضمن "الوقت الجيد" ، "وقت المشي" ، "الوقت الذي تعمل فيه أدويتي".

أ. خلل الحركة {باستثناء خلل التوتر في مرحلة التوقف}

4.1 الوقت الذي قضية مع خلل الحركة (ديسكاينيزيا)

تعليمات للفاحص: حدد الساعات الاستيقاظ في يوم عادي ثم ساعات خلل الحركة (ديسكاينيزيا). ثم احسب النسبة المئوية. اذا كان المريض لديه خلل حركة (ديسكاينيزيا) في المكتب (او في العيادة اثناء التقييم) يمكن ان تشير لها كمرجع للتأكد ان المريض ومقدم الرعاية يفهمان ما الذي يقيمانه. كما يمكنك استخدام مهاراتك في التمثيل لتمثيل حركات "خلل الحركة" التي قد تكون رأيتها عند المريض سابقاً، أو يمكنك ان تُريهم حركات "خلل حركة" (ديسكاينيزيا) نمطية لمريض آخر. استثنى من هذا السؤال خلل التوتر (ديستونيا) المؤلم في الصباح الباكر وفي الليل.

تعليمات للمريض {ومقدم الرعاية}: خلال الاسبوع الماضي ، كم عدد الساعات التي عادةً ما تنامها بشكل يومي ، بما فيها ساعات النوم خلال الليل او ساعات النوم خلال النهار ؟ حسناً، اذا نمت _____ ساعات ستكون مستيقظاً _____ ساعات. من ساعات الاستيقاظ هذه ، كم ساعة يكون لديك فيها حركات تلوي او ارتجاج او انتفاض ؟ لا تحسب الاوقات التي يكون لديك فيها رعشه وهي الاهتزازة العادية الى امام والخلف ، او الاوقات التي يكون لديك فيها تقلصات وتشنجات مؤلمة في القدم في اوقات الصباح او الليل ، سوف أسأل عنها لاحقاً ركز فقط على انواع الحركات هذه الالتواء ، النفصات والحركات غير المنظمة. اصف كل وقت خلال الاستيقاظ اثناء النهار عندما ما تحدث هذه الحركات عادةً. كم عدد الساعات _____ (استخدم هذا الرقم لحساباتك)

0 : طبيعي : لا يوجد خلل حركة (ديسكاينيزيا).

1 : طفيف : اقل او يساوي 25% من فترة الاستيقاظ في النهار.

2 : خفيف : من 26% الى 50% من فترة الاستيقاظ في النهار.

3 : متوسط : من 51% الى 75% من فترة الاستيقاظ في النهار.

4 : شديد : اكثر من 75% من فترة الاستيقاظ في النهار

1. مجموع عدد ساعات الاستيقاظ: _____
2. مجموع عدد ساعات خلل الحركة: _____
3. % خلل الحركة = $(100 * (1/2))$: _____

4.2 تأثير خلل الحركة (ديسكاينيزيا) الوظيفي

تعليمات للفاحص: حدد درجة تأثير خلل الحركة على الوظائف اليومية للمريض من حيث النشاطات اليومية و التفاعلات الاجتماعية. استخدم استجابة المريض ومقدم الرعاية لأسالتك وللملاحظاتك الشخصية خلال الزيارة في العيادة او مكتب الطبيب للوصول للجواب الأمثل.

تعليمات للمريض {ومقدم الرعاية}: خلال الاسبوع الماضي ، هل عادةً ما تواجه مشاكل عند عمل الاشياء او خلال تواجدك مع اشخاص آخرين عندما تحدث هذه الحركات النفضية (غير المنظمة) ؟ هل تمنعك من عمل الاشياء او التواجد من الآخرين ؟

0 : طبيعي : لا يوجد خلل حركة (ديسكاينيزيا). او لا يوجد تأثير لخلل الحركة على النشاطات او التفاعلات الاجتماعية.

1 : طفيف : خلل الحركة (ديسكاينيزيا) يؤثر على القليل من النشاطات ، لكن المريض عادةً يقوم بجميع الانشطة والممارسات في جميع التفاعلات الاجتماعية اثناء فترة (وجود) خلل الحركة (ديسكاينيزيا).

2 : خفيف : خلل الحركة (ديسكاينيزيا) يؤثر على العديد من النشاطات ، لكن المريض عادةً يقوم بجميع الانشطة والممارسات في جميع التفاعلات الاجتماعية اثناء فترة (وجود) خلل الحركة (ديسكاينيزيا).

3 : متوسط : خلل الحركة (ديسكاينيزيا) يؤثر على النشاطات لدرجة أن المريض عادةً لا يقوم ببعض الانشطة او عادةً لا يشارك في بعض النشاطات الاجتماعية اثناء وجود خلل الحركة (ديسكاينيزيا).

4 : شديد : خلل الحركة (ديسكاينيزيا) يؤثر على النشاطات لدرجة أن المريض عادةً لا يقوم بمعظم الانشطة او عادةً لا يشارك في معظم النشاطات الاجتماعية اثناء وجود خلل الحركة (ديسكاينيزيا).

ب. التذبذب الحركي

4.3 الوقت الذي تقضية في حالة التوقف OFF (عدم فعالية الدواء)

تعليمات للفاحص: استخدم عدد الساعات المستمد من البند 4.1 وحدد الساعات التي تقضيها في حالة التوقف OFF (عدم فعالية الدواء). احسب النسبة المئوية. اذا كان المريض لديه حالة التوقف OFF في العيادة / مكتب الطبيب ، يمكنك الإشارة الى هذه الحالة كمرجع. كما يمكنك استخدام معرفتك للمريض لوصف فترة "حالة التوقف OFF" النمطية. إضافة الى انه يمكنك استخدام مهاراتك في التمثيل ، لتمثيل فترة التوقف التي شاهدتها على المريض سابقاً او ان تعرض لهم حالة توقف / عدم فاعلية نمطية لمرضى آخرين. في الاسفل ، سجل عدد ساعات حالة التوقف النمطية ، لأنك ستحتاج هذا الرقم لتكمل البند 4.6.

تعليمات للمريض { ومقدم الرعاية}: بعض مرضى الباركنسون لديهم تأثير جيد من أدويتهم خلال ساعات اليقظة ويمكننا ان نسميها "العمل ON". بعض المرضى الآخرين يأخذون أدويتهم لكنهم لا يزال لديهم بعض الساعات من "وقت الانخفاض" ، وقت البطء ، او وقت الاهتزاز. الأطباء يسمون هذه الاوقات المنخفضة بـ "وقت التوقف OFF". خلال الاسبوع الماضي اخبرتني انك بشكل عام تكون مستيقظاً لـ _____ ساعة كل يوم. من ساعات الاستيقاظ هذه ، كم مجموع عدد الساعات التي عادةً ما يكون لديك فيها المستوى المنخفض او عدم الفاعلية _____ (استخدم هذا الرقم لحساباتك).

0 : طبيعي : لا يوجد وقت توقف OFF

1 : طفيف : اقل او يساوي 25% من فترة الاستيقاظ في النهار.

2 : خفيف : من 26% الى 50% من فترة الاستيقاظ في النهار.

3 : متوسط : من 51% الى 75% من فترة الاستيقاظ في النهار.

4 : شديد : اكثر من 75% من فترة الاستيقاظ في النهار.

1. مجموع عدد ساعات الاستيقاظ: _____
2. مجموع عدد ساعات التوقف OFF: _____
3. % التوقف OFF = $(100 * (1/2))$: _____

4.4 التأثير الوظيفي للتذبذبات (التقلبات)

تعليمات للفاحص: حدد الى اي درجة تؤثر التذبذبات الحركية على وظائف المريض اليومية من حيث النشاطات والتفاعلات الاجتماعية. هذا السؤال يركز على الاختلاف بين حالة العمل / الفاعلية وحالة التوقف OFF. اذا كان المريض لا يوجد لديه اوقات توقف OFF ، فإن التقييم يجب ان يكون 0 (صفر). اذا كان المريض لديه تذبذبات قليلة جداً ، من الممكن ان يُقِيم 0 (صفر) في هذا البند اذا لم يحدث اي تأثير على النشاطات. استخدم استجابة المريض ومقدم الرعاية لسؤالك ولملاحظاتك خلال زيارتهما للعيادة / مكتب الطبيب للوصول الى أفضل اجابة.

تعليمات للمريض {ومقدم الرعاية}: فكر في "عندما تحدث لك فترات الانخفاض او التوقف OFF هذه" خلال الاسبوع الماضي. هل عادةً ما تواجه مشاكل اكثر في عمل الاشياء او ان تتواجد مع الناس بالمقارنة مع بقية اليوم عندما تشعر بأن أدويتك تعمل؟ هل هناك بعض الاشياء التي عادةً تقوم بها اثناء "فترة الشعور الجيد" وتواجه صعوبة في القيام بها او تتوقف عن القيام بها خلال فترة الانخفاض؟

0 : طبيعي : لا يوجد تذبذبات. او لا يوجد تأثير للتذبذبات على أداء الأنشطة او التفاعلات الاجتماعية.

1 : طفيف : التذبذبات تؤثر على القليل من النشاطات ، لكن خلال فترة التوقف OFF المريض عادةً يؤدي جميع النشاطات ويشارك في جميع التفاعلات الاجتماعية التي تحدث كما لو كان في فترة العمل ON.

2 : خفيف : التذبذبات تؤثر على العديد من النشاطات ، لكن خلال فترة التوقف OFF المريض عادةً يؤدي جميع النشاطات ويشارك في جميع التفاعلات الاجتماعية التي تحدث كما لو كان في فترة العمل ON.

3 : متوسط : التذبذبات تؤثر على أداء النشاطات لدرجة أن المريض عادةً خلال فترة التوقف OFF لا يؤدي بعض النشاطات او لا يشارك في بعض التفاعلات الاجتماعية التي يؤديها خلال فترات العمل ON.

4 : شديد : التذبذبات تؤثر على أداء النشاطات لدرجة أن المريض عادةً خلال فترة التوقف OFF لا يؤدي معظم النشاطات او لا يشارك في معظم التفاعلات الاجتماعية التي يؤديها خلال فترات العمل ON.

4.5 تعقيد التذبذبات (التقلبات) الحركية:

تعليمات للفاحص: حدد امكانية التنبؤ لحالة التوقف OFF الوظيفي المعتادة ، اما نتيجة للجرعة ، او الوقت خلال اليوم ، او تناول الطعام ، او اي عوامل أخرى. استخدم المعلومات المعطاة من قبل المريض او مقدم الرعاية ودعمها بملاحظاتك الشخصية. سوف تسأل المريض ان كان (يجزم) انها دائماً تأتي في وقت خاص. غالباً ما تأتي في وقت خاص (في هذه الحالة سوف تكون قادر على التمييز اكثر بين الخفيف جداً والخفيف) ، اما ان كانت تأتي في بعض المرات فقط في وقت خاص او انه من غير ممكن التنبؤ بها اطلاقاً ؟ تقلص النسبة يمكنك من ايجاد الاجابة الصحيحة.

تعليمات للمريض {ومقدم الرعاية}: عند بعض المرضى فترات الانخفاض او التوقف OFF تحدث في اوقات محددة في اليوم او عندما يقومون بنشاطات مثل الأكل او التمارين. خلال الاسبوع الماضي ، هل عادةً تعرف متى ستحدث لديك فترات الانخفاض ؟ بكلمات أخرى ، هل فترات الانخفاض لديك دائماً تأتي في وقت معين ؟ هل غالباً ما تأتي في وقت معين ؟ او انها فقط بعض المرات تأتي في وقت محدد ؟ ام ان فترات الانخفاض لديك لا يمكن التنبؤ بها اطلاقاً ؟

0 : طبيعي : لا يوجد تذبذبات (تقلبات) حركية

1 : طفيف : التذبذبات (التقلبات) الحركية يمكن التنبؤ بها في جميع او تقريباً جميع الوقت (اكثر من 75%)

2 : خفيف : التذبذبات (التقلبات) الحركية يمكن التنبؤ بها معظم الوقت (من 51 الى 75%)

3 : متوسط : التذبذبات (التقلبات) الحركية يمكن التنبؤ بها بعض الوقت (من 26 الى 50%)

4 : شديد : التذبذبات (التقلبات) الحركية نادراً ما يمكن التنبؤ بها (اقل او يساوي من 25%)

ج. خلل التوتر (ديستونيا) اثناء فترة التوقف OFF

4.6 خلل التوتر (ديستونيا) المؤلمة اثناء فترة التوقف OFF

تعليمات للفاحص: بالنسبة للمرضى الذين لديهم تذبذبات (تقلبات) حركية ، حدد اي جزء من فترات التوقف OFF عادةً ما تتضمن خلل التوتر (ديستونيا) مؤلمة ؟ لقد حددت سابقاً عدد ساعات "اوقات التوقف OFF" (البند 4.3). من هذه الساعات ، حدد كم عدد الساعات التي تكون مصحوبة بخلل التوتر (ديستونيا) ثم احسب النسبة المئوية. اذا لم يكن هناك فترات توقف OFF ضع علامة 0 (صفر).

تعليمات للمريض {ومقدم الرعاية}: في احد الأسئلة التي سألتك اياها سابقاً ، كنت قد ذكرت انه بشكل عام لديك _____ ساعات من الانخفاض او وقت التوقف OFF عندما يكون مرض باركنسون لديك غير مسيطر عليه بشكل جيد. خلال فترات الانخفاض او التوقف OFF هذه ، هل عادةً ما تأتيك تقلصات او تشنجات مؤلمة ؟ من مجموع ساعات فترات الانخفاض الـ _____ هذه ، اذا اضفت لها جميع الاوقات في اليوم التي تأتيك فيها تقلصات مؤلمة ، كم سيصبح مجموع عدد هذه الساعات؟

- 0 : طبيعي : لا يوجد خلل التوتر او حالة توقف OFF
1 : طفيف : اقل من او تساوي 25% من وقت حالة التوقف OFF
2 : خفيف : من 26 الى 50% من وقت حالة التوقف OFF
3 : متوسط : من 51 الى 75% من وقت حالة التوقف OFF
4 : شديد : اكثر من 75% من وقت حالة التوقف OFF

1. مجموع عدد ساعات التوقف OFF: _____
2. مجموع عدد ساعات التوقف OFF المصحوبة بخلل التوتر (ديستونيا) : _____
3. %خلل التوتر اثناء التوقف OFF = $(100 * (1/2))$: _____

بيان موجز للمريض: أقرأه للمريض

هذا يكمل تقييمي لمرض باركنسون خاصتك. اعلم ان الاسئلة والمهام اخذت عدة دقائق ، لكن كنت اريد ان استكمل و اعطي جميع الاحتمالات. اثناء القيام بذلك، ربما اكون قد سألت عن مشاكل ليست عندك مطلقاً ، وقد اكون ذكرت مشاكل ربما لن تحدث معك ابداً. ليس جميع المرضى يطورون كل هذه المشاكل ، ولكن لأنها من الممكن أن تحدث ، فإنه من المهم ان اسأل جميع الأسئلة لكل مريض. شكراً لك ولوقتك وانتباهك لاستكمال هذا المقياس معي.

اسم المريض او رقم العميل	(يوم-شهر-سنه) تاريخ التقييم	رقم الموقع	توقيع المُقيّم
--------------------------	--------------------------------	------------	----------------

صفحة مقياس التصنيف الموحد لمرض باركنسون – التابع لجمعية اضطرابات الحركة MDS-UPDRS

1.1	مصدر المعلومات	<input type="checkbox"/> المريض <input type="checkbox"/> مقدم الرعاية <input type="checkbox"/> المريض + مقدم الرعاية	3.3 ب	الصلابة – الطرف العلوي الايمن
الجزء الأول				
1.1	الضعف الإدراكي		3.4 أ	النقر بالأصابع – اليد اليمنى
1.2	الهلوسة والذهان		3.4 ب	النقر بالأصابع – اليد اليسرى
1.3	المزاج المكتئب		3.5 أ	حركات اليد – اليد اليمنى
1.4	المزاج القلق		3.5 ب	حركات اليد – اليد اليسرى
1.5	اللامباله		3.6 أ	حركة كب – استلقاء اليد – اليد اليمنى
1.6	مواصفات الـ DDS (متلازمة عدم انتظام الدوبامين)		3.6 ب	حركة كب – استلقاء اليد – اليد اليسرى
1.6 أ	من الذي يقوم بمليء الاستبيان	<input type="checkbox"/> المريض <input type="checkbox"/> مقدم الرعاية <input type="checkbox"/> المريض + مقدم الرعاية	3.7 أ	النقر بأصابع القدم – القدم اليمنى
			3.7 ب	النقر بأصابع القدم – القدم اليسرى
			3.8 أ	خفة حركة الساق – الرجل اليمنى
			3.8 ب	خفة حركة الساق – الرجل اليسرى
1.7	مشاكل النوم		3.9	القيام من على الكرسي
1.8	النوم في النهار		3.10	المشي
1.9	الالام او اي احساس أخرى		3.11	تجمد المشية
1.10	مشاكل التبول		3.12	عدم الاستقرار الوضعي
1.11	مشاكل الامساك		3.13	الوضعية
1.12	الشعور بالدوار عند الوقوف		3.14	الحركات العفوية العالمية (بطء حركة الجسم)
1.13	التعب / الارهاق		3.15 أ	الرعاش الوضعي – اليد اليمنى
الجزء الثاني				
2.1	الكلام		3.15 ب	الرعاش الوضعي – اليد اليسرى
2.2	اللعب وسيلان اللعب (التربيل)		3.16 أ	الرعاش الحركي – اليد اليمنى
2.3	المضغ والبلع		3.16 ب	الرعاش الحركي – اليد اليسرى
2.4	مهام الأكل		3.17 أ	سعة رعاش الراحة – الطرف العلوي الايمن
2.5	اللباس		3.17 ب	سعة رعاش الراحة – الطرف العلوي الايسر
2.6	النظافة الشخصية		3.17 ج	سعة رعاش الراحة – الطرف السفلي الايمن
2.7	الكتابة باليد		3.17 د	سعة رعاش الراحة – الطرف السفلي الايسر
2.8	القيام بالهوايات والنشاطات الأخرى		3.17 هـ	سعة رعاش الراحة – الشفاه / الفك
2.9	التقلب في السرير		3.18	اتساق الرعشة (الثبات)
2.10	الرعاش			هل كانت خلل الحركة (ديسكاينيزيا) موجودة ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
2.11	النهوض من السرير			هل تداخلت (أثرت) هذه الحركات على الفحص ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
2.12	المشي و الاتزان			مرحلة هون و يار
2.13	التجمد		الجزء الرابع	
3 أ	هل المريض على أدوية ؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	4.1	الوقت الذي تقضيه مع خلل الحركة (ديسكاينيزيا)
3 ب	الحالة السريرية للمريض	<input type="checkbox"/> عمل ON <input type="checkbox"/> توقف OFF	4.2	التأثير الوظيفي لخلل الحركة (ديسكاينيزيا)
3 ج	هل المريض على ليفودوبا ؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	4.3	الوقت الذي تقضيه في حالة التوقف OFF
3 ج 1	إذا كان الجواب نعم : كم دقيقة منذ آخر جرة ؟		4.4	التأثير الوظيفي للتذبذبات (التقلبات)
الجزء الثالث				
3.1	الكلام		4.5	تعقيد التذبذبات (التقلبات) الحركية
3.2	تعابير الوجه		4.6	خلل التوتر (ديستونيا) المؤلمة اثناء فترة التوقف
3.3 أ	الصلابة – الرقبة			