

## Forundersøkelse/ informasjonsskjema

Vi ber deg om å fylle ut dette skjemaet før din første time hos fysioterapeuten. Dette gir deg (og dine pårørende) mulighet til å tenke igjennom hvilke problemer du vil fysioterapeuten skal fokusere på. Denne informasjonen vil hjelpe din fysioterapeut å danne seg et bilde av hvordan du opplever dine symptomer og din generelle fysiske form.

Dato:
Ditt navn:

### Dine fysioterapimål:

1. Hvilke problemer ønsker du at vi jobber med først, hva er viktigst for deg?


2. På hvilken måte har du tidligere prøvd å overkomme disse utfordringene?


3. Hvor effektivt var det?


4. Hva er dine forventninger til fysioterapien her?


5. Er det annen informasjon din fysioterapeut bør vite om, slik som andre helseproblemer utenom Parkinsons?


6. Har du noen spørsmål du ønsker å få svar på fra fysioterapeuten?


### Fall

7. I løpet av de siste 12 måneder, har du falt (uansett grunn), snublet, sklidd, selv om det ikke hadde noe med din Parkinsons sykdom å gjøre?

Nei

Ja

8. Har du «nesten» falt en eller flere ganger siste 12 måneder, der du greide å hente deg inn før du falt?

Nei

Ja

9. Hvor bekymret er du for at du kan komme til å falle?

Ikke bekymret i det hele tatt

Litt bekymret

Ganske bekymret

Veldig bekymret

## Episodiske gangforstyrrelser/ «frysing» under gange (freezing of gait)

«Frysing» er et fenomen som gjerne beskrives som en følelse av at en fot limer seg kortvarig fast til underlaget og ikke lar seg rikke. Noen ganger følger det med skjelving i bena og små skritt. Denne kortvarige fornemmelsen oppstår gjerne når man starter å gå, under gange når man skal skifte retning (snu), når man passerer trange partier eller på steder med mye folk eller idet man kommer fram dit man skal.

10. Har du opplevd episoder med «frysing» siste måneden?

Nei

Ja

## Fysisk aktivitet

11. For hver aktivitet du har gjort den siste uken, fyll inn hvor lenge den varte. Vennligst oppgi summen for de siste 7 dager tilsammen.

Aktivitet	Total tid brukt siste 7 dager
Gange på flatmark (innendørs, utendørs, tredemølle)	Minutter:
Gange/tur i terreng, bakker eller løpetur	Minutter:
Sykling på flatmark (utendørs eller ergometersykkel)	Minutter:
Sykling i terreng/bakker eller i raskt tempo (utendørs eller ergometersykkel)	Minutter:
Dans, rolig svømming, gymnastikk, treningsgruppe, yoga, golf, dobbel tennis	Minutter:
Svømming jevnt i raskt tempo, single tennis eller roing	Minutter:
Rengjøring, vask av vinduer, lett hagearbeid (rake)	Minutter:
Fysisk krevende hagearbeid som å grave, steinarbeid, løfte tungt, hugge/kløyve ved eller måke snø	Minutter:
Andre aktiviteter, vennligst beskriv:	Minutter:

12. Sammenlignet med andre uker, har du vært like fysisk aktiv siste 7 dager som du pleier å være?

- Mer aktiv
- Like aktiv
- Mindre aktiv

13. Har du sluttet med noen aktiviteter siste 12 måneder, som du tidligere gjennomførte regelmessig?


14. Hvis ja, hvorfor sluttet du?


15. Vennligst sett kryss om du synes følgende aktiviteter er vanskelige å gjøre eller hvis du opplever andre problemer som «frysing» under gange, ubalanse eller smerte når du gjør dem:

Område	Aktivitet	Vanskelig	Ikke vanskelig
Gangfunksjon	Gå innendørs		
	Gå utendørs		
	Snu		
	Starte å gå		
	Gå opp/ned trapper		
	Gå mens du i tillegg gjør noe annet		
	Gå gjennom trange passasjer		
	Stoppe å gå		
Forflytning	Snu deg i senga		
	Komme inn/ut av seng		
	Komme inn/ut av bil		
	Komme ned/opp av stol		
	Komme ned/opp fra toalettsetet		
	Komme ned/opp av badekar		
	Plukke opp noe fra gulvet		
	Komme opp fra gulv		
Bruk av hender	Komme av/på sykkel		
	I daglige gjøremål som å lage et måltid, gjøre husarbeid		
	Personlige gjøremål som å spise, vaske- og kle på deg		

16. Vennligst marker om du opplever følgende:

Område	Aktivitet	Ja	Nei
Fysisk funksjon	Blir lett andpusten		
	Muskelsvakhet		
	Stivhet		
Smerte	Smerte		

Vurder å ta med en pårørende eller en venn når du har time hos din fysioterapeut.