**טופס בדיקה ראשונית לחולה פרקינסון**

*ריאיון*

שם:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מצב משפחתי\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מגורים: האם הנבדק מתגורר עם אדם נוסף?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם יש סיוע בשעות מביטוח לאומי? כמה שעות?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך אבחנה במחלת פרקינסון\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

נוירולוג מטפל\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם עובד? כן / לא מקצוע (גם לאדם שפרש)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

במידה ולא עובד- היכן נימצא במהלך היום (סדר יום?)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם נוהג? כן / לא

תנאי מגורים: (קומה/מדרגות/מעלית):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

התאמות בבית: (נא לסמן √ במידה ויש את ההתאמה)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | הערות |
| מתרחץ ב- אמבטיה/ מקלחון |  |  |
| מאחז באזור הרחצה |  |  |
| שטיח למניעת החלקה |  |  |
| הגבהה לאסלה |  |  |
| מאחז באזור השירותים |  |  |
| לחצן מצוקה |  | איפה מותקן בבית? |
| תאורת לילה |  |  |
| שטיחים בבית |  |  |
| מעקה במדרגות |  |  |
| מעקה למיטה |  |  |
| אביזרי אכילה |  |  |

האם סובל מסימנים לא מוטורים: עצירות/ דיכאון / ירידה בחוש הריח / הפרעות בשינה / שליטה בסוגרים / orthostatic HTN

כאבים משמעותיים (מגבילים תיפקוד): לציין אזור הכאב

הערות:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

בעיות בריאות נוספות\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תרופות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם קיימות תנודות מוטוריות (ON/OFF) כן / לא

האם עוסק בפעילות גופנית? פרוט: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**נפילות:**

ב 12 החודשים האחרונים, האם נפלת, מכל סיבה שהיא (מעידה, החלקה), גם ללא קשר למחלת הפרקינסון? כן /לא אם כן, כמה פעמים?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*בדיקה פיזיקאלית*

הערות לגבי תצפית ספונטנית (היפומימיה, יציבה): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**BODY FUNCTIONS (מתוך ה UPDRS)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ניקוד ע"פ UPDRS** | **ג"ע ימין** | **ג"ע שמאל** | **ג"ת ימין** | **ג"ת שמאל** | **צוואר** |
| **נוקשות שרירים** |  |  |  |  |  |
| **נקישה באצבעות הידיים** |  |  |  | | |
| **זריזות רגליים** |  | |  |  |  |
| **אמפליטודה של רעד במנוחה** |  |  |  |  |  |
| **PULL TEST** | **ציון:** |  | | | |
| **דיסקינזיות** | **יש/אין** |  | | | |
| **דיבור: (לציין ניקוד)** |  | | | | |

הגבלות משמעותיות בטווחי תנועה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ירידה בכוח גס בשרירים אקסטנסורים או אחרים לפי שיקול הדעת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

בדיקת תפקוד- נא לציין אם נבדק ב ON או ב OFF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | עצמאי | זקוק להכוונה מילולית או עזרה קלה | זקוק לעזרה בינונית או יותר | כיצד מבצע ב OFF\* או בלילה (מה שרלבנטי ללילה) |
| גלגול במיטה |  |  |  |  |
| הרמת אגן |  |  |  |  |
| תזוזה לצדדים במיטה |  |  |  |  |
| מעבר משכיבה  לישיבה ולהיפך |  |  |  |  |
| קימה לעמידה והתיישבות |  |  |  |  |
| קימה מהרצפה |  |  |  |  |
| תפקוד גפה עליונה:  למשל:כתב יד, כיפתור, אכילה |  |  |  |  |
| רחצה (ע"פ דיווח) |  |  |  |  |
| לבוש (ע"פ דיווח) |  |  |  |  |
| כניסה ויציאה מרכב (ע"פ דיווח) |  |  |  |  |

\* במידה ולא ניתן לראות את האדם ב OFF יש לבקש דיווח סובייקטיבי על הביצוע ולתאר כאן

**הפרעות הליכה:**

בבית: עצמאי / נעזר במקל / בהליכון /אחר

מחוץ לבית: עצמאי / נעזר במקל / בהליכון /אחר

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| הערות | לסמן √ במידה והליקוי קיים |  |
|  |  | SHUFFLING |
|  |  | חוסר בטלטול ידיים וגו |
|  |  | DROP |
|  |  | Short steps |
| סיטואציות שגורמות: |  | FREEZING |
|  |  | Start hesitation |
|  |  | FESTINATION |
|  |  | הליכה לאחור |
| תאור, בטיחות |  | סיבובים |
|  |  | מהירות הליכה SEC/M 10 |

מבחנים תפקודיים: בחר את הרלבנטי ביותר עבור החולה, במידה ויש מגבלת זמן

|  |  |
| --- | --- |
| TUG (לציין זמן ממוצע של שתי בדיקות) |  |
| FTSTS (זמן) |  |
| mini-BESTest |  |
| RAPID TURN TEST | מפיק FREEZING / לא מפיק |
| הערכת פחד מנפילות מבחן /ABC FES |  |

**סיכום:** קשיים עיקריים בתפקוד בהם החולה מעוניין להתמקד בטיפול:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

קביעת מטרות טיפול לטווח הקרוב (חודש) ע"פ חשיבות לחולה

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מטרה לטווח ארוך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **בנוסף:** | **לסמן √ במידה והמטופל קיבל או לציין "לא רלבנטי"** | **הערות/ פירוט** |
| תוכנית אימון שבועית לשמירה על יכולות גופניות (כולל שכיבה על הבטן) |  |  |
| תרגול והדרכה בעת ביצוע מעברים |  |  |
| תרגול והדרכה לשימוש באסטרטגיות פיצוי להקלה בהפרעות הליכה |  |  |
| התאמת אביזר עזר להליכה וניידות |  |  |
| הדרכת משפחה/ מלווה |  |  |
| הדרכה להתאמת הבית והסביבה |  |  |
| הדרכה לגבי orthostatic HTN |  |  |
| הפניה לבעלי מקצוע נוספים על פי תוצאות הבדיקה- (מרפאה בעיסוק, קלינאית תקשורת, עו'ס) |  |  |
| קישור לעמותת הפרקינסון בישראל |  |  |