



International Parkinson and
Movement Disorder Society

MDS-UPDRS

The MDS-sponsored Revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale

Official MDS Estonian Translation

Autorid:

Christopher G. Goetz	Jaime Kulisevsky
Stanley Fahn	Anthony E. Lang
Pablo Martinez-Martin	Andrew Lees
Werner Poewe	Sue Leurgans
Cristina Sampaio	Peter A. LeWitt
Glenn T. Stebbins	David Nyenhuis
Matthew B. Stern	Warren Olanow
Barbara C. Tilley	Olivier Rascol
Richard Dodel	Anette Schrag
Bruno Dubois	Jeanne A. Teresi
Robert Holloway	Jacobus J. van Hilten
Joseph Jankovic	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

MDS load

MDS uus UPDRS versioon (MDS-UPDRS) kuulub Rahvusvahelisele Parkinsoni ja Liigutushäirete Seltsile (Movement Disorder Society (MDS)). Skaala kasutamiseks on vaja luba ja selle saab omandada esitades MDS veebilehel loataotluse vormi. Litsentsimispäringute saamiseks saatke palun e-post aadressil ratingscales@movementdisorders.org.

MDS-UPDRS mistahes osa loata paljundamine, levitamine, tõlkimine või müümine on rangelt keelatud. Skaala muutmine, modifitseerimine ja tuletatud teoste kasutamine pole lubatud ilma MDS selgesõnalise loata. MDS-UPDRS ei tohi kasutada kliinilistes uuringutes, koolitusmaterjalides, sertifikaadiprogrammides, tarkvaraprogrammides, elektroonilistel platvormidel, elektroonilistes tervisekaartides, andmebaasides ja seadmetes (loetelu ei ole lõplik), välja arvatud MDS-i loal.

MDS-UPDRS

The Movement Disorder Society (MDS) UDPRSi uus versioon põhineb Parkinsoni tõve Hindamise Skaala juhtgrupi (Task Force for Rating Scales in Parkinson's disease) kriitikal (Mov Disord 2003;18:738-750). Sellest tulenevalt volitas MDS eesistuja läbi viima programmi, mille tulemusena oleks liigutushäiretega tegelejalatel uus UPDRS versioon, mis säilitaks üldise algse UPDRS formaadi, kuid pööraks enam tähelepanu teemadele, mis toodi välja kui nõrkadena ja mittemõistetavatena. Eesistuja moodustas alakomiteed esimeeste ja liikmetega. Iga osa on kirjutatud vastava alakomitee liikmete poolt ja seejärel üle vaadatud ning hinnatud kogu töögrupi poolt. Liikmete nimekiri on toodud allpool.

MDS UPDRSil on neli osa: I osa (igapäevaelu mittemotoorsed aspektid), II osa (igapäevaelu motoorsed aspektid), III osa (motoorika uurimine) ja IV osa (motoorsed komplikatsioonid). I osal on 2 alajaotust: IA puudutab aspekte, mida hindab uurija patsiendilt ja hooldajalt saadud informatsiooni alusel, ning IB, mille täidab patsient hooldaja abiga või ilma, kuid uurijast sõltumatult. Uurija võib selle üle vaadata, tagamaks, et kõik küsimused on vastatud selgelt, ning selgitada ettetulevaid mittemõistetavusi. II osa on mõeldud patsiendi poolt täitmiseks, nagu ka IB osa, kuid uurija võib selle täielikkuse ja selguse huvides üle vaadata. Märkusena – MSD-UPDRSi IA, IB ja II osal ei ole eraldi hindamist *on-* ja *off-*perioodide kohta, kuid individuaalsetel juhtudel või eraldi protokollis võib neid samu küsimusi kasutada nii *on-* kui *off-*perioodi kohta. III osa juures on uurijale mõeldud instruksioonid patsiendile andmiseks või demonstreerimiseks; selle osa täidab uurija. IV osas on nii uurijale mõeldud juhised kui ka patsiendile ettelugemiseks mõeldud juhised. See osa ühendab patsiendilt saadud info uurija kliiniliste tähelepanekute ja hinnangutega ning selle täidab uurija.

Uue versiooni autorid on:

Eesistuja: Christopher G. Goetz

I osa: Werner Poewe (esimees), Bruno Dubois, Anette Schrag

II osa: Matthew B. Stern (esimees), Anthony E. Lang, Peter A. LeWitt

III osa: Stanley Fahn (esimees), Joseph Jankovic, C. Warren Olanow

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

Arendusstandardid: Glenn T. Stebbins (esimees), Robert Holloway, David Nyenhuis

Lisad: Cristina Sampaio (esimees), Richard Dodel, Jaime Kulisevsky

Statistiline testimine: Barbara Tilley (esimees), Sue Leurgans, Jean Teresi,

Konsultant: Stephanie Shaftman, Nancy LaPelle

Kontaktisik: International Parkinson and

Movement Disorder Society

555 East Wells Street, Suite 1100

Milwaukee, WI USA 53202

Telefon 414-276-2145

Email: ratingscales@movementdisorders.org

1. juuli 2008

I osa: Igapäevaelu mittemotoorsed aspektid (nM-EDL)

Ülevaade: See osa skaalast hindab Parkinsoni tõve (PT) mittemotoorseid mõjusid patsientide igapäevaelule. Selles osas on 13 küsimust. IA osa viib läbi uurija (kuus küsimust) ja see keskendub komplekssele käitumisele. 1B osa kuulub patsiendi küsimustiku hulka ning siia kuulub seitse küsimust igapäevaelu mittemotoorsete aspektide kohta.

IA osa:

Täites IA osa, peaks uurija juhutama järgnevatest juhtnööridest:

1. Märkige küsitluse vormi ülaosasse peamiseks infoallikaks patsient, hooldaja või patsient ja hooldaja võrdset määral.
2. Vastus igale küsimusele peaks kehtima ajaperioodi kohta, mis hõlmab eelnevat nädalat, kaasa arvatud see päev, kui küsitlust läbi viiakse.
3. Vastused kõikidele küsimustele peavad olema täisarvulised (ei tohi esineda poolikuid punkte ega puuduvaid tulemusi). Juhul kui küsimuses puudutatakse teemat, mis ei ole asjakohane või seda ei ole võimalik hinnata (nt. amputeeritud jäsemega inimene, kes ei ole kõndimisvõimeline), märgitakse vastuseks PH- pole hinnatav.
4. Vastused peaksid peegeldama tavalist funktsionaalset taset ja patsientidega on soovitatav kasutada väljendeid nagu "harilikult", "üldiselt", "enamus ajast".
5. Iga küsimuse juures on ettelugemiseks mõeldud tekst (Juhised patsiendile/ patsiendi hooldajale). Pärast selle ettelugemist võite te täpsustada ja uurida vastavalt sümptomite suhtes, mis on antud uurijale mõeldud juhistes. Te EI TOHIKS patsiendile/ patsiendi hooldajale ette lugeda HINDAMISE VARIANTE, kuna need on kirjutatud meditsiinilist sõnavara kasutades. Intervjuu ja täpsustavate küsimuste juures kasutage oma meditsiinilisi teadmisi parima vastuse leidmiseks.
6. Patsientidel võib esineda kaasuvaid haigusi ja teisi meditsiinilisi probleeme, mis võivad alandada funktsionaalset võimekust. Teie koos patsiendiga peate hindama probleemi nii, nagu see on, ja mitte üritama eristada Parkinsoni tõvest tulenevaid aspekte teiste seisundite omadest.

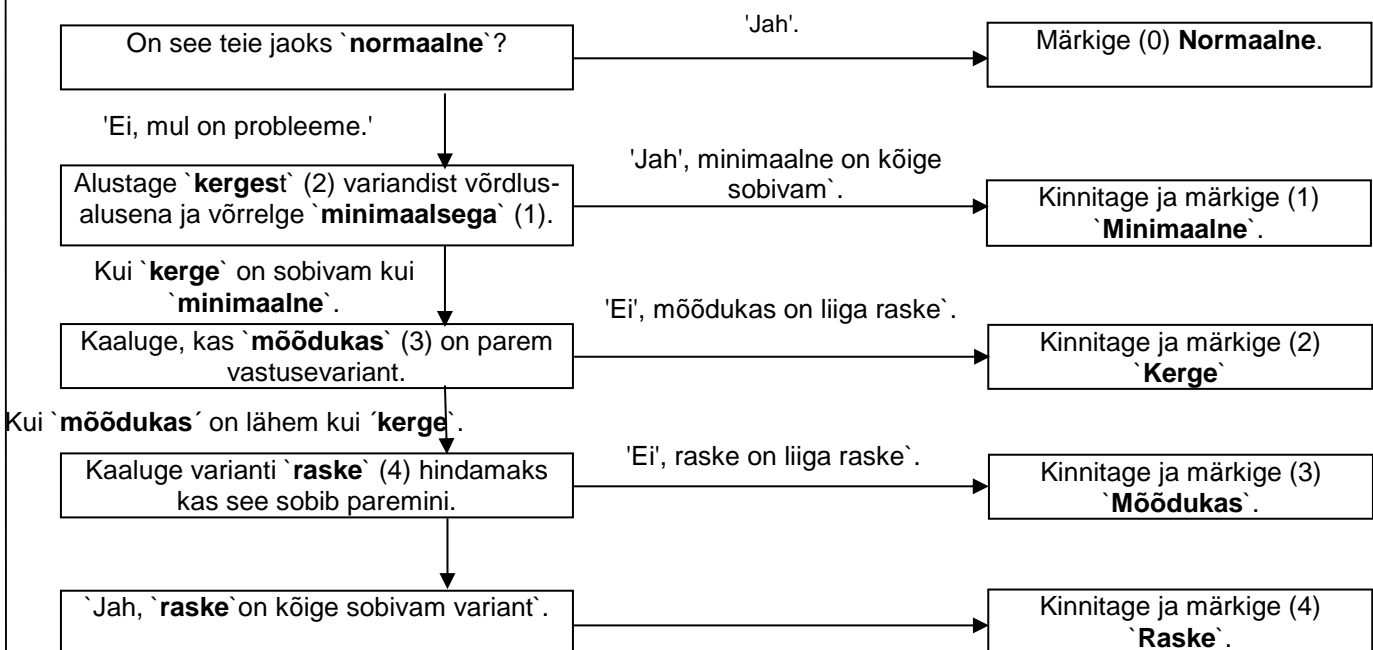
NÄIDE SOBIVA VASTUSEVARIANDI LEIDMISEKS IA OSAS

Soovitavad strateegiad kõige korrektsema vastuse saamiseks:

Pärast instruksioonide ettelugemist patsiendile on vaja läbi arutada antud valdkonnaga seotud probleemistik, tegemaks kindlaks, kas patsiendil esineb probleeme või mitte. Kui teie küsimuste põhjal ei esine probleeme selles valdkonnas, siis märkige hindeks 0 ja liikuge edasi järgmise küsimuse juurde.

Kui teie küsimused tuvastavad probleemi antud valdkonnas, peaksite te lähtuma keskmisest vastusevariandist (valik 2 või kerge), selgitamaks, kas patsiendi funktsionaalne tase on sellega võrdne, parem või halvem. Ärge lugege vastusevariante patsiendile ette, kuna vastustes kasutatakse kliinilist terminoloogiat. Küsige piisavalt täiendavaid küsimusi tegemaks kindlaks, kuidas vastust tuleb kodeerida.

Liikuge valikutes patsiendiga koostööd tehes üles ja alla, et teha kindlaks kõige õigem vastusevariant, veendudes valitud variandi lõplikus õigsuses ja välistades nii ülemise kui alumise vastusevariandi.



----- Patsiendi nimi või uuritava isikukood	----- Keskuse ID	----- (pp kk aaaa) Hindamise kuupäev	----- Uurija initsiaalid
--	---------------------	--	-----------------------------

MDS UPDRS

I osa: Igapäevaelu mittemotoorsed aspektid (nM-EDL)

IA osa: Kompleksne käitumine: [täidab uurija]

Peamine informatsiooniallikas:

- Patsient
 Hooldaja
 Patsient ja patsiendi hooldaja võrdsel määral

Patsiendile ettelugemiseks: Ma küsin teie käest kuus küsimust selle kohta, mida te olete või ei ole kogenud oma käitumises. Mõned küsimused puudutavad sageli ettetulevaid probleeme ja mõned harvemini esinevaid. Kui teil esineb probleeme mistahes mainitud valdkonnas, palun valige sobivaim vastus, mis kirjeldab, kuidas te olete ennast VIIMASE NÄDALA jooksul ENAMUSE AJAST tundnud. Kui need probleemid teid ei häiri, võite te vastata lihtsalt EI. Ma üritan olla põhjalik ja seega võin esitada küsimusi, millel ei pruugi olla teiega mingit seost.

1.1 KOGNITIIVSED HÄIRED

Juhtnõõrid uurijale: Hinnake kõiki kognitiivse funktsiooni taseme muutusi, sealhulgas mõtetegevuse aeglustumist, mõttekäigu häireid, mäluhäireid, tähelepanu- ja orienteerumisraskusi. Hinnake nende mõju igapäevastele tegevustele, nii nagu patsient ja/või hooldaja seda tajuvad.

Juhised patsiendile [ja hooldajale]: Kas viimase nädala jooksul on teil esinenud probleeme asjade meelespidamisega, vestluse jälgimisega, keskendumisega, selgelt mõtlemisega või oma kodus või linnas õige tee leidmisega?

- 0: Normaalne: Kognitiivsed probleemid puuduvad.
- 1: Minimaalne: Patsiendi või hooldaja poolt tajutud häire, millel ei ole konkreetset mõju patsiendi normaalsele tegevusele ja sotsiaalsetele suhetele.
- 2: Kerge: Kliiniliselt selge kognitiivne düsfunktsioon, millel on minimaalne mõju patsiendi normaalsele igapäevasele tegevusele ja sotsiaalsetele suhetele.
- 3: Mõõdukas: Kognitiivsed häired segavad, kuid ei takista patsiendi igapäevast normaalset tegevust ja sotsiaalseid suhteid.
- 4: Raske: Kognitiivne düsfunktsioon takistab patsiendi igapäevast normaalset tegevust ja sotsiaalseid suhteid.

SKOOR

1.2 HALLUTSINATSIOONID JA PSÜHHOOS

Juhised uurijale: Hinnake nii illusioone (tegelikkuse väärtõlgendusi) kui hallutsinatsioone (spontaanseid tajumishäireid). Pidage silmas ka kõiki peamisi sensoorseid süsteeme (visuaalne, auditoorne, taktiline, olfaktoorne ja gustatoorne). Tehke kindlaks nii väheformeerunud (näiteks kohalolekutaju või kiirelt mööduvad väärkujutised) kui ka selgelt formeerunud (täielikult välja kujunenud ja detailsed) elamuste esinemine. Hinnake patsiendi arusaamist hallutsinatsioonidest ja tehke kindlaks luulumõtete ning psühhootiliste avalduste esinemine.

Juhised patsiendile [ja hooldajale]: Kas te olete viimase nädala jooksul näinud, kuulnud, haistnud või tundnud asju, mida tegelikult ei olnud olemas? [Kui jah, siis palub uurija patsiendil või hooldajal seda täpsustada ja küsib täiendavat informatsiooni].

- 0: Normaalne: Ei esine hallutsinatsioone ega psühhootilist käitumist.
- 1: Minimaalne: Illusioonid või mitteformeerunud hallutsinatsioonid, kuid patsiendil säilib arusaam nende suhtes.
- 2: Kerge: Formeerunud hallutsinatsioonid, mis ei sõltu keskkonna stiimulitest. Säilib arusaam nende suhtes.
- 3: Mõõdukas: Formeerunud hallutsinatsioonid, arusaam nendest puudub.
- 4: Raske: Patsiendil esinevad luulud või paranoia.

1.3 MEELEOLU ALANEMINE

Juhised uurijale: Hinnake alanenud meeleolu, kurbuse, lootusetuse, tühjuse tunde või rõõmutunde kadumise suhtes. Uurige nende esinemist ja kestust viimase nädala jooksul ja hinnake nende mõju patsiendi võimele tegeleda igapäevaste tegevustega ning sotsiaalse suhtlemisega.

Juhised patsiendile [ja hooldajale]: Kas te olete viimase nädala jooksul tundnud alanenud meeleolu, kurbust, lootusetust või võimetust tunda asjadest rõõmu? Kui jah, siis kas see tunne kestis rohkem kui päeva korraga? Kas see muutis raskeks tavapäraste tegevuste tegemise või inimestega suhtlemise? Kui jah, siis palub uurija patsiendil või hooldajal seda täpsustada ja küsib täiendavat informatsiooni.

- 0: Normaalne: Ei esine alanenud meeleolu.
- 1: Minimaalne: Esinevad alanenud meeleolu episoodid, mis ei kesta korraga kauem kui üks päev. Ei mõjuta patsiendi võimet läbi viia normaalseid igapäevaseid toiminguid ja sotsiaalset suhtlemist.
- 2: Kerge: Alanenud meeleolu, mis kestab päevi, kuid ei mõjuta normaalseid igapäevaseid toiminguid ega sotsiaalset suhtlemist.
- 3: Mõõdukas: Alanenud meeleolu, mis segab, kuid ei takista patsiendi võimet läbi viia normaalseid igapäevaseid toiminguid ja sotsiaalset suhtlemist.
- 4: Raske: Alanenud meeleolu takistab patsiendi normaalseid igapäevaseid toiminguid ja sotsiaalset suhtlemist.

	SKOOR
<p>1.4 ÄREVUS</p> <p><u>Juhised uurijale:</u> Tehke kindlaks närviliste, pinges, murelike või ärevate tunnete esinemine (kaasaarvatud paanikahoogude esinemine) viimase nädala jooksul, hinnake nende kestust ja mõju patsiendi võimele tegeleda igapäevaste tegevustega ning sotsiaalse suhtlemisega.</p> <p><u>Juhised patsiendile [ja hooldajale]:</u> Kas te olete viimase nädala jooksul ennast tundnud närvilisena, murelikuna või pinges? Kui jah, siis kas see tunne kestis kauem kui päeva korraga? Kas see muutis raskeks tavapärase tegevuste tegemise või inimestega suhtlemise? [Kui jah, siis palub uurija patsiendil või hooldajal seda täpsustada ja küsib täiendavat informatsiooni.]</p> <p>0: Normaalne: Ärevust ei esine.</p> <p>1: Minimaalne: Esineb ärevus, kuid see ei püsi korraga kauem kui üks päev. Ei mõjuta patsiendi võimet läbi viia normaalseid igapäevaseid toiminguid ja tema sotsiaalset suhtlemist.</p> <p>2: Kerge: Ärevus esineb korraga rohkem kui ühe päeva jooksul, kuid ei mõjuta normaalseid igapäevaseid toiminguid ega sotsiaalset suhtlemist.</p> <p>3: Mõõdukas: Ärevus segab, kuid ei takista patsiendi võimet läbi viia normaalseid igapäevaseid toiminguid ja sotsiaalset suhtlemist.</p> <p>4: Raske: Ärevus takistab patsiendi normaalseid igapäevaseid toiminguid ja sotsiaalset suhtlemist.</p>	<div data-bbox="1401 495 1482 575" style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 38px; margin: auto;"></div>
<p>1.5 APAATIA</p> <p><u>Juhised uurijale:</u> Hinnake spontaanset tegevust, enesekindlust, motivatsiooni ja initsiatiivi ning hinnake nende alanenud taseme mõju patsiendi võimele tegeleda igapäevaste tegevustega ning sotsiaalse suhtlemisega. Siinkohal peab uurija üritama eristada apaatiat enamasti depressiooniga kaasnevatest sarnastest sümptomitest.</p> <p><u>Juhised patsiendile [ja hooldajale]:</u> Kas te olete viimase nädala vältel tundnud end ükskõiksena ettevõtmiste või inimestega suhtlemise osas? Kui jah, siis palub uurija patsiendil või hooldajal seda täpsustada ja küsib täiendavat informatsiooni.</p> <p>0: Normaalne: Apaatiat ei esine.</p> <p>1: Minimaalne: Patsiendi ja/või hooldaja poolt tajutud apaatia esinemine, mis ei mõjuta patsiendi võimet läbi viia normaalseid igapäevaseid toiminguid ja tema sotsiaalset suhtlemist.</p> <p>2: Kerge: Apaatia segab teatud tegevusi ja sotsiaalset suhtlemist.</p> <p>3: Mõõdukas: Apaatia segab enamusi tegevusi ja sotsiaalset suhtlemist.</p> <p>4: Raske: Passiivne ja eemaletõmbunud, täielik initsiatiivitus.</p>	<div data-bbox="1401 1518 1482 1598" style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 38px; margin: auto;"></div>

1.6 DOPAMIINI DÜSREGULATSIOONI SÜNDROOMI NÄHUD

Juhised uurijale: Hinnake erinevate tegevuste haaratust, sealhulgas ebatavaline või ülemäärane mängurlus (nt. kasiinos või lotomängudes), ebatavaline või ülemäärane seksuaalne iha või seksuaalsed huvid (nt. tavatu huvi pornograafia vastu, masturbeerimine, seksuaalsed nõudmised partneri suhtes), teised korduvad tegevused (nt. hobiaid, esemete osadeks võtmine, sorteerimine või organiseerimine), või muude mitteordineeritud ravimite tarvitamine muul otstarbel kui haigussümptomite leevendamise (nt. sõltuvus). Hinnake selle ebanormaalse käitumise mõju patsiendi isiklikule elule, tema perekonnale ja sotsiaalsetele suhetele (sealhulgas raha laenamine või teised rahalised raskused nagu krediitkaardi kaotus, suured perekondlikud tülid, töölt puudumised või vahelejäädud söögikorrad või une vähesus selle tõttu).

Juhised patsiendile [ja hooldajale]: Kas teil on viimase nädala jooksul esinenud ebatavaliselt tugevaid tunde, mida on raske kontrollida? Kas te tunnete suurt vajadust mingeid asju teha või nende peale mõelda, nii et seda on raske peatada? [Tooge näiteid sõltuvalt patsiendist nagu mängurlus, koristamine, arvuti kasutamine, lisaravimite tarvitamine, kinnismõtted toidust või seksist].

- | | |
|----------------|---|
| 0: Normaalne: | Probleeme ei esine. |
| 1: Minimaalne: | Probleeme esineb, kuid need ei põhjusta enamasti mingeid raskusi patsiendile või perekonnale/ hooldajale. |
| 2: Kerge: | Probleemid esinevad ja tavaliselt põhjustavad mõningaid raskusi patsiendi isiklikus ja pereelus. |
| 3: Mõõdukas: | Probleemid esinevad ja põhjustavad tavaliselt palju raskusi patsiendi isiklikus ja pereelus. |
| 4: Raske: | Probleemid esinevad ja takistavad patsiendi võimet normaalseks tegutsemiseks või sotsiaalseks suhtlemiseks või isikliku ja pereelu jätkamiseks endisel kujul. |



Ülejäänud küsimused I osas (igapäevaelu mittemotoorsed aspektid) [uni, päevane unisus, valu ja teised tundmused, põiehäired, kõhukinnisus, pearinglus seistes ja väsimus] on **Patsiendi küsimustikus** koos kõikide II osa küsimustega (igapäevaelu motoorsed aspektid).

Patsiendi küsimustik:

Juhised:

See küsimustik on suunatud teie igapäevaelule.

Siia kuulub 20 küsimust. Me üritame olla põhjalikud ja osa neist küsimustest ei pruugi ei praegu ega ka kunagi hiljem teie jaoks kehtida. Kui teil ei esine probleeme, märkige lihtsalt 0 või EI.

Palun lugege iga küsimust korralikult ning lugege enne enda jaoks sobivaima vastuse valimist kõik vastusevariandid läbi.

Meid huvitab teie keskmine ehk tavaline tegutsemine viimase nädala jooksul, kaasa arvatud tänane päev. Osa patsiente suudab mõnel ajal päevast asju paremini teha kui teisel ajal. Sellegipoolest on lubatud ainult üks vastus, seega palun märkige vastus, mis kirjeldab kõige paremini seda, mida te enamuse ajast teha saate.

Teil võib peale Parkinsoni tõve olla ka teisi haigusi. Ärge muretsege Parkinsoni tõve eristamise pärast teistest haigustest. Lihtsalt leidke igale küsimusele enda jaoks sobivaim vastus.

Kasutage vastamiseks ainult variante 0, 1, 2, 3, 4, mitte midagi muud. Ärge jätke tühje kohti.

Teie arst või õde võib koos teiega küsimused üle vaadata, kuid see küsimustik on mõeldud patsiendi poolt täidetavana, kas üksi või koos hooldajaga.

Kes täidab küsimustiku (valige sobivaim vastus):

Patsient

Hooldaja

Patsient ja hooldaja võrdsel määral

I osa: Igapäevaelu mittemotoorsed aspektid (nM-EDL)

	SKOOR
<p>1.7 UNEHÄIRED</p> <p>Kas teil on viimase nädala jooksul esinenud probleeme õhtuse uinumisega või magamisega kogu öö vältel? Võtke arvesse, kui puhanuna te end hommikul pärast ärkamist tunnete.</p> <p>0: Normaalne: Probleeme ei esine.</p> <p>1: Minimaalne: Unehäired esinevad, kuid tavaliselt ei põhjusta raskusi kogu öö kestva unega.</p> <p>2: Kerge: Unehäired põhjustavad mõningaid raskusi kogu öö kestva unega.</p> <p>3: Mõõdukas: Unehäired põhjustavad palju raskusi kogu öö kestva unega, kuid ma magan siiski tavaliselt rohkem kui poole ööst.</p> <p>4: Raske: Tavaliselt ma ei maga suuremal osal ööst.</p>	<input data-bbox="1385 470 1466 554" type="checkbox"/>
<p>1.8 PÄEVANE UNISUS</p> <p>Kas teil on viimasel nädalal esinenud probleeme päeval ärkvel püsimisega?</p> <p>0: Normaalne: Päevast unisust ei esine.</p> <p>1: Minimaalne: Päevane unisus esineb, kuid ma suudan sellele vastu panna ja ärkvel püsida.</p> <p>2: Kerge: Ma jään mõnikord üksi või lõõgastunult olles magama, näiteks lugedes või televiisorit vaadates.</p> <p>3: Mõõdukas: Ma jään mõnikord magama, kui ma ei tohiks, näiteks süües või teiste inimestega rääkides.</p> <p>4: Raske: Ma jään sageli magama, kui ma ei tohiks, näiteks süües või teiste inimestega rääkides.</p>	<input data-bbox="1385 1381 1466 1465" type="checkbox"/>

	SKOOR
<p>1.9 VALU JA TEISED AISTINGUD</p> <p>Kas teil on viimase nädala jooksul esinenud ebameeldivaid tundeid kehas, nagu valu, surinad või krambid?</p> <p>0: Normaalne: Ebameeldivad aistingud puuduvad.</p> <p>1: Minimaalne: Mul esineb neid aistinguid, kuid ma saan ilma raskusteta tegutseda ja inimestega suhelda.</p> <p>2: Kerge: Need aistingud põhjustavad mõningaid probleeme, kui ma tegutsen või inimestega suhtlen.</p> <p>3: Mõõdukas: Need aistingud põhjustavad palju probleeme, kuid need ei välista minu tegutsemist või teiste inimestega suhtlemist.</p> <p>4: Raske: Need aistingud välistavad minu tegutsemise või teiste inimestega suhtlemise.</p>	<input data-bbox="1382 415 1463 499" type="text"/>
<p>1.10 PÕIEHÄIRED</p> <p>Kas teil on viimase nädala jooksul esinenud probleeme põiekontrolliga? Näiteks, kas teil on esinenud kiiret urineerimisvajadust, sagedast urineerimisvajadust või uriinipidamatust.</p> <p>0: Normaalne: Põiekontrolliga probleeme ei esine.</p> <p>1: Minimaalne: Mul on saenenud urineerimine ja urineerimispakitsus, kuid need ei tekita raskusi minu igapäevaste tegevuste juures.</p> <p>2: Kerge: Põiehäired põhjustavad mõningaid raskusi minu igapäevaste tegevuste juures, kuid mul ei esine uriinipidamatust.</p> <p>3: Mõõdukas: Põiehäired põhjustavad palju raskusi minu igapäevaste tegevuste juures, kaasaarvatud uriinipidamatus.</p> <p>4: Raske: Ma ei suuda oma põit kontrollida ja kasutan kaitsevahendeid või põiekateetrit.</p>	<input data-bbox="1382 1371 1463 1455" type="text"/>

	SKOOR
<p>1.11 KÕHUKINNISUS</p> <p>Kas teil on viimase nädala jooksul esinenud probleeme kõhukinnisusega, Mis põhjustab raskusi soolestiku tühjendamisel?</p> <p>0: Normaalne: Kõhukinnisust ei esine.</p> <p>1: Minimaalne: Mul on esinenud kõhukinnisust. Soolestiku tühjendamine vajab eraldi pingutust, kuid see probleem ei sega minu tegutsemist ega mugavustunnet.</p> <p>2: Kerge: Kõhukinnisus tekitab teatud raskusi asjade tegemisel või enda mugavalt tundmisel.</p> <p>3: Mõõdukas: Kõhukinnisus põhjustab suuri raskusi asjade tegemisel ja enda mugavalt tundmisel, kuid see ei katkesta minu tegevusi.</p> <p>4: Raske: Ma vajan tavaliselt kellegi füüsilist abi oma soolestiku tühjendamisel.</p>	<input data-bbox="1393 394 1474 478" type="checkbox"/>
<p>1.12 PEARINGLUS SEISTES</p> <p>Kas te olete viimase nädala jooksul tundnud minestamistunnet, pearinglust või udust tunnet istuvast või lamavast asendist püstitõusmisel?</p> <p>0: Normaalne: Pearinglust ega silmade ees uduseks minemise tunnet ei esine.</p> <p>1: Minimaalne: Esineb pearinglust või silmade ees uduseks minemise tunnet, kuid need ei tekita raskusi tegutsemisel.</p> <p>2: Kerge: Pearinglus või silmade ees uduseks minemise tunne sunnivad mind millestki kinni hoidma, kuid mul ei ole vaja istuda ega pikali heita.</p> <p>3: Mõõdukas: Pearinglus või silmade ees uduseks minemise tunne sunnivad mind minestamise või kukkumise vältimiseks istuma või pikali heitma.</p> <p>4: Raske: Pearinglus või silmade ees uduseks minemise tunne põhjustavad kukkumist ja minestamist.</p>	<input data-bbox="1393 1304 1474 1388" type="checkbox"/>

	SKOOR
<p>1.13 VÄSIMUS</p> <p>Kas te olete viimase nädala jooksul tavaliselt tundnud väsimust? See tunne <u>ei</u> ole osa unisusest ega kurbusest.</p> <p>0: Normaalne: Väsimust ei esine.</p> <p>1: Minimaalne: Väsimust esineb, sellegipoolest ei põhjusta see raskusi tegevustel või inimestega suhtlemisel.</p> <p>2: Kerge: Väsimus põhjustab mõningaid raskusi tegevustel või inimestega suhtlemisel.</p> <p>3: Mõõdukas: Väsimus põhjustab palju raskusi tegevustel või inimestega suhtlemisel. Sellegipoolest ei takista see mind midagi tegemast.</p> <p>4: Raske: Väsimus takistab mind asju tegemast või inimestega suhtlemast.</p>	<input data-bbox="1373 390 1455 470" type="checkbox"/>

II OSA: Igapäevaelu motoorsed aspektid (M-IT)

<p>2.1 KÕNE</p> <p>Kas teil on viimase nädala jooksul olnud probleeme kõnega?</p> <p>0: Normaalne: Üldse mitte (pole probleeme).</p> <p>1: Minimaalne: Mu kõne on pehme, pudistav või ebaühtlane, aga teised ei pea paluma mul öeldut korrata.</p> <p>2: Kerge: Minu kõne tõttu peavad inimesed kohati paluma mul öeldut korrata, kuid mitte iga päev.</p> <p>3: Mõõdukas: Minu kõne on nii ebaselge, et teised paluvad mul öeldut korrata iga päev, olgugi et suurem osa mu kõnest on arusaadav.</p> <p>4: Raske: Suuremast osast või kogu mu kõnest pole võimalik aru saada.</p>	<input data-bbox="1390 1377 1471 1457" type="checkbox"/>
---	--

	SKOOR
<p>2.2 SÜLG JA SÜLJEVOOLUS</p> <p>Kas teil on viimase nädala jooksul tavaliselt ärkvel olles või magades olnud liiga palju sülge?</p> <p>0: Normaalne: Üldse mitte (pole probleeme).</p> <p>1: Minimaalne: Mul on liiga palju sülge, aga pole süljevoolust.</p> <p>2: Kerge: Mul on mõningast süljevoolust une ajal, aga mitte ärkvel olles.</p> <p>3: Mõõdukas: Mul on mõningast süljevoolust ärkvel olles, aga tavaliselt ma ei vaja salvrätte või taskurätikut.</p> <p>4: Raske: Mul on nii palju süljevoolust, et ma vajan regulaarselt salvrätte või taskurätikut, et oma riideid kaitsta.</p>	<input data-bbox="1390 327 1471 411" type="text"/>
<p>2.3 MÄLUMINE JA NEELAMINE</p> <p>Kas viimasel nädala jooksul on teil tavaliselt olnud probleeme tablettide või toidu neelamisega? Kas te vajate oma tablettide poolitamist või purustamist või toidu pehmendamist, tükeldamist või segamist, et vältida toidu kurkuajamist?</p> <p>0: Normaalne: Pole probleeme.</p> <p>1: Minimaalne: Olen teadlik oma aeglusest närimisel ja suuremast pingutusest neelamisel, aga ma ei aja kurku ja mu toitu ei ole vaja spetsiaalselt ette valmistada.</p> <p>2: Kerge: Ma pean oma tablette poolitama või oma toitu spetsiaalselt ette valmistama oma närimise või neelamise probleemide pärast, kuid ma ei ole toitu kurku ajanud viimase nädala jooksul.</p> <p>3: Mõõdukas: Ma ajasin toitu kurku vähemalt üks kord eelmisel nädalal.</p> <p>4: Raske: Mälumis- ja neelamisprobleemide tõttu vajan ma toitmiseks sondi.</p>	<input data-bbox="1390 1297 1471 1381" type="text"/>

	SKOOR
<p>2.4 SÖÖMINE</p> <p>Kas teil on viimase nädala jooksul tavaliselt olnud raskusi oma toidu käsitlemisel ja te söögiriistade kasutamisel? Näiteks, kas teil on raskusi sõrmedega söödava toidu, kahvi, noa, lusika või toidupulkade käsitlemisel?</p> <p>0: Normaalne: Üldse mitte (pole probleeme).</p> <p>1: Minimaalne: Ma olen aeglane, aga ma ei vaja mingit abi oma toidu käsitlemisel ja mul ei ole toit söömise ajal maha pudenenud.</p> <p>2: Kerge: Ma olen söömisel aeglane ja vahel pudeneb toit maha. Mul võib olla vaja abi mõnel tegevusel nagu näiteks liha lõikamisel.</p> <p>3: Mõõdukas: Ma vajan abi mitmetel söömisega seotud tegevustel, kuid mõnedega saan ise hakkama.</p> <p>4: Raske: Ma vajan abi enamuste või kõigi söömisega seotud tegevuste juures.</p>	<div data-bbox="1390 527 1471 606" style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 38px; margin-left: auto; margin-right: auto;"></div>
<p>2.5 RIJETUMINE</p> <p>Kas viimase nädala jooksul on teil tavaliselt olnud probleeme riietumisega? Näiteks, kas te olete aeglane või vajate abi nööpide kinnipanemisel, lukkude kinnitõmbamisel, riiete selgapanemisel ja äravõtmisel või ehete kinnitamisel ja äravõtmisel?</p> <p>0: Normaalne Üldse mitte (pole probleeme).</p> <p>1: Minimaalne: Ma olen aeglane, kuid ei vaja abi.</p> <p>2: Kerge: Ma olen aeglane ja vajan abi mõnedel riietumisega seotud tegevustel (nööbid, käevõrud)</p> <p>3: Mõõdukas: Ma vajan abi paljudel riietumisega seotud tegevustel.</p> <p>4: Raske Ma vajan abi enamusel riietumisega seotud tegevustel.</p>	<div data-bbox="1390 1314 1471 1394" style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 38px; margin-left: auto; margin-right: auto;"></div>

2.6 HÜGIEEN	SKOOR
<p>Kas viimase nädala jooksul olete te tavaliselt olnud aeglane või vajanud abi pesemisel, vannis käimisel, raseerimisel, hammaste pesemisel, juuste kammimisel või teistel isiklikel hügieenitoimingutel?</p> <p>0: Normaalne: Üldse mitte (pole probleeme).</p> <p>1: Minimaalne: Ma olen aeglane, kuid ma ei vaja abi.</p> <p>2: Kerge: Ma vajan kedagi, kes aitaks mind osade hügieenitoimingute juures.</p> <p>3: Mõõdukas: Ma vajan abi mitmete hügieenitoimingute juures.</p> <p>4: Raske: Ma vajan abi enamuse või kõigi hügieenitoimingute juures.</p>	<input data-bbox="1390 348 1471 432" type="checkbox"/>
<p>2.7 KÄEKIRI</p> <p>Kas viimase nädala jooksul on inimestel tavaliselt olnud raskusi teie käekirja lugemisega?</p> <p>0: Normaalne: Üldse mitte (pole probleeme)</p> <p>1: Minimaalne: Ma kirjutan aeglaselt, kohmakalt või ebaühtlaselt, aga kõik sõnad on selged.</p> <p>2: Kerge: Mõned sõnad on ebaselged ja raskesti loetavad.</p> <p>3: Mõõdukas: Mitmed sõnad on ebaselged ja raskesti loetavad.</p> <p>4: Raske: Enamus või kõik sõnad on loetamatud.</p>	<input data-bbox="1390 974 1471 1058" type="checkbox"/>
<p>2.8 HOBID JA TEISED TEGEVUSED</p> <p>Kas viimase nädala jooksul on teil tavaliselt olnud raskusi tegelemisel oma hobidega või teiste tegevustega, mida teile meeldib teha?</p> <p>0: Normaalne: Üldse mitte (pole probleeme).</p> <p>1: Minimaalne: Ma olen veidi aeglane, kuid saan nendega hästi hakkama.</p> <p>2: Kerge: Mul on mõningaid raskusi nendega tegelemisel.</p> <p>3: Mõõdukas: Mul on suuri probleeme nendega tegelemisel, aga ma tegelen siiski enamusega.</p> <p>4: Raske: Ma ei ole võimeline tegelema suurema osaga nendest tegevustest.</p>	<input data-bbox="1382 1629 1463 1713" type="checkbox"/>

	SKOOR
<p>2.9 VOODIS KEERAMINE</p> <p>Kas viimase nädala jooksul on teil tavaliselt olnud raskusi voodis keeramisega?</p> <p>0: Normaalne: Üldse mitte (pole probleeme)</p> <p>1: Minimaalne: Mul on veidi raskusi keeramisega, aga ma ei vaja abi.</p> <p>2: Kerge: Mul on suuri raskusi keeramisega ja ma vajan vahel kellegi teise abi.</p> <p>3: Mõõdukas: Külje keeramisel vajan sageli kellegi teise abi.</p> <p>4: Raske: Ma ei ole võimeline ilma kellegi teise abita külge keerama.</p>	<input data-bbox="1377 310 1458 394" type="checkbox"/>
<p>2.10 TREEMOR</p> <p>Kas viimase nädala jooksul on teil tavaliselt olnud värinat või treemorit?</p> <p>0: Normaalne: Üldse mitte. Mul ei ole värinat ega treemorit.</p> <p>1: Minimaalne: Värinat või treemorit esineb, kuid see ei põhjusta probleeme ühelgi tegevusel.</p> <p>2: Kerge: Värin või treemor põhjustab probleeme ainult vähestel tegevustel.</p> <p>3: Mõõdukas: Värin või treemor põhjustab probleeme paljude igapäevategevuste juures.</p> <p>4: Raske: Värin või treemor põhjustab probleeme enamuse või kõikide tegevuste juures.</p>	<input data-bbox="1377 840 1458 924" type="checkbox"/>
<p>2.11 VOODIST, AUTOST VÕI MADALALT TOOLILT TÕUSMINE</p> <p>Kas viimase nädala jooksul on teil tavaliselt olnud raskusi voodist, autoistmelt või madalalt toolilt tõusmisega</p> <p>0: Normaalne: Üldse mitte (pole probleeme).</p> <p>1: Minimaalne: Ma olen aeglane ja kohmakas, kuid tavaliselt see õnnestub mul esimesel katsel.</p> <p>2: Kerge: Ma vajan enam kui ühte katset tõusmiseks või vajan vahel abi.</p> <p>3: Mõõdukas: Ma vajan mõnikord abi tõusmisel, kuid enamusel kordadest saan ma sellega siiski ise hakkama.</p> <p>4: Raske: Ma vajan abi enamusel või kõikidel kordadel.</p>	<input data-bbox="1377 1575 1458 1659" type="checkbox"/>

	SKOOR
<p>2.12 KÕNDIMINE JA TASAKAAL</p> <p>Kas viimase nädala jooksul on teil tavaliselt olnud probleeme tasakaalu ja kõndimisega?</p> <p>0: Normaalne: Üldse mitte (pole probleeme)</p> <p>1: Minimaalne: Ma olen veidi aeglane või lohistan jalgu järele. Ma ei kasuta kunagi kõndimisel abivahendit.</p> <p>2: Kerge: Ma kasutan vahel kõndimisel abivahendit, aga ma ei vaja teiste inimeste abi.</p> <p>3: Mõõdukas: Tavaliselt ma kasutan kõndimisel abivahendit (kepp, tugiraam), et kõndida turvaliselt ilma kukumiseta. Sellegipoolest ma ei vaja teiste inimese abi.</p> <p>4: Raske: Ma vajan tavaliselt kõndimisel teiste inimeste abi, et käia turvaliselt kukkumata.</p>	<div style="text-align: center; margin-top: 100px;"> <input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
<p>2.13 TARDUMINE</p> <p>Kas viimase nädala jooksul oma tavalisel päeval käimise ajal te seisatate või tardute, kuna teie jalad oleksid nagu põranda külge kinni jäänud?</p> <p>0: Normaalne: Üldse mitte (pole probleeme).</p> <p>1: Minimaalne: Ma tardun lühidalt, kuid suudan kerge vaevaga uuesti kõndima hakata. Ma ei vaja tardumise tõttu kellegi teise abi ega abivahendit (kepp või tugiraam).</p> <p>2: Kerge: Ma tardun ja mul on raskusi uuesti käima hakkamisega, aga ma ei vaja tardumise tõttu kellegi abi ega abivahendit (kepp või tugiraam).</p> <p>3: Mõõdukas: Tardudes on mul suuri raskusi uuesti käima hakkamisega ja ma vajan selle tõttu vahel abivahendit või kellegi teise abi.</p> <p>4: Raske: Ma vajan tardumise tõttu enamasti või alati abivahendit või kellegi teise abi.</p>	<div style="text-align: center; margin-top: 100px;"> <input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
<p>Sellega on küsimustik lõpetatud. Me võisime esitada küsimusi ka probleemide kohta, mida teil ei ole või mainisime selliseid, mida teil kunagi ei teki. Kõikidel patsientidel ei teki neid kõiki probleeme, kuid kuna nad võivad esineda, siis on oluline küsida kõiki küsimusi igalt patsiendilt. Täname teid teie aja ja tähelepanu eest selle küsimustiku täitmisel.</p>	

III OSA: Motoorika uurimine

Ülevaade: See osa küsimustikust hindab Parkinsoni tõve motoorseid sümptomeid. MDS-UPDRS III osa täitmisel peab uurija kinni pidama järgmisest juhendist:

Lehe ülaserava märkige, kas patsient tarvitab ravimeid Parkinsoni tõve sümptomite raviks ja juhul kui ta on levodoparavil, siis viimasest doosist möödunud aeg.

Juhul kui patsient tarvitab ravimeid Parkinsoni tõve sümptomite raviks, siis märkige patsiendi kliiniline seisund, kasutades järgmisi määratlusi:

ON on tüüpiline funktsionaalne seisund, kui patsient tarvitab ravimeid ja sellele on hea efekt.

OFF on tüüpiline seisund, kui patsient tarvitab ravimeid, kuid sellele vaatamata on efekt vähene.

Uurija peaks "hindama seda, mida ta näeb". Teatavasti kaasuvad meditsiinilised probleemid nagu insult, parees, artriit, kontraktuur ja ortopeedilised probleemid nagu puusa või põlve proteesimine ja skolioos võivad mõjutada motoorika uurimist. Situatsioonides, kus funktsiooni on absoluutselt võimatu uurida (näiteks amputatsioonid, pleegia, jäse kips lahases), kasutage märget "**PH**" ehk pole hinnatav. Muudel juhtudel hinnake seda, kuidas patsient iga ülesannet sooritab kõikide kaasuvate haiguste kontekstis.

Vastused kõikidele küsimustele peavad olema täisarvulised (ei tohi esineda poolikuid punkte ega puuduvaid tulemusi).

Iga küsimuse täitmiseks pakutakse eraldi juhiseid. Neid tuleb igal juhul täita. Uurija demonstreerib ülesandeid, samal ajal neid patsiendile kirjeldades ja hindab funktsiooni koheselt selle järel. Üldise liigutuste spontaansuse ja rahutreemori osad (3.14 ja 3.17) on paigutatud kõige lõppu, kuna skoori mõjutav asjakohane kliiniline informatsioon kogutakse kogu läbivaatuse jooksul.

Hindamise lõpus märkige, kas patsiendil esines düskineesiaid (korea või düstoonia) läbivaatuse ajal. Ja kui esines, kas need liigutused mõiutasid motoorika uurimist.

3a Kas patsient tarvitab ravimeid Parkinsoni tõve sümptomite raviks?

Ei

Jah

3b Juhul kui patsient võtab ravimeid Parkinsoni tõve sümptomite raviks, siis märkige patsiendi kliiniline seisund, kasutades järgmisi määratlusi:

ON: ON on tüüpiline funktsionaalne seisund, kui patsient tarvitab ravimeid ja sellele on hea efekt.

OFF: OFF on tüüpiline seisund, kui patsient tarvitab ravimeid, kuid sellele vaatamata on efekt vähene.

3c Kas patsient tarvitab levodopat?

Ei

Jah

3.C1 Kui tarvitab, siis mitu minutit tagasi võttis viimase levodopa doosi: _____

	SKOOR
<p>3.1 KÕNE</p> <p><u>Juhised uurijale:</u> Kuulake patsiendi vabalt voolavat kõnet ja sekkuge vestlusesse, kui vajalik. Soovituslikud teemad: küsige patsiendi töö, hobide ja kohustuste kohta või seda, kuidas ta jõudis arsti juurde. Hinnake hääle tugevust, väljenduslikkust (prosoodia) ja selgust, kaasaarvatud pudistamist, palilaaliat (silpide kordamine) ja tahhüfeemiat (kiire kõne, silbid jooksevad üksteisega kokku).</p> <p>0: Normaalne: Kõnega pole probleeme.</p> <p>1: Minimaalne: Väljenduslikkuse, diktsiooni või hääle tugevuse kaotus, kuid kõik sõnad on kergesti arusaadavad.</p> <p>2: Kerge: Väljenduslikkuse, diktsiooni või hääle tugevuse kaotus, mõned sõnad pole arusaadavad, kuid üldiselt on lauseid lihtne jälgida.</p> <p>3: Mõõdukas: Kõne on raskesti arusaadav, mõned lausetest on raskesti mõistetavad, kuid mitte enam.</p> <p>4: Raske: Enamus kõnest on raskesti arusaadav või mõistetamatu.</p>	<div data-bbox="1383 401 1463 480" style="border: 1px solid black; width: 49px; height: 38px; margin: 0 auto;"></div>
<p>3.2 NÄO VÄLJENDUSLIKKUS</p> <p><u>Juhised uurijale:</u> Jälgige patsiendi rahulikult istumas 10 sekundit rääkimata ja seejärel rääkimise ajal. Jälgige silmapilgutuste sagedust, maskitaolist nägu või näomiimika vähenemist, spontaanset naeratamist ja huulte avatust.</p> <p>0: Normaalne: Normaalne näo väljenduslikkus.</p> <p>1: Minimaalne: Minimaalne masknägu, mis avaldub vaid silmapilgutuste sageduse langusena.</p> <p>2: Kerge: Lisaks vähenenud silmapilgutustele on masknägu avaldunud ka näo alumises osas, vähenenud on liigutuste hulk suu ümbruses nagu näiteks vähem spontaanset naeratamist, huuled on suletud.</p> <p>3: Mõõdukas: Masknägu, huuled on avatud osa ajast, kui suu on puhkeasendis.</p> <p>4: Raske: Masknägu, huuled on avatud enamuse ajast, kui suu on puhkeasendis.</p>	<div data-bbox="1390 1329 1469 1409" style="border: 1px solid black; width: 49px; height: 38px; margin: 0 auto;"></div>

3.3 RIGIIDSUS	SKOOR
<p>Juhendid uurijale: Rigiidsuse hindamiseks kasutatakse suurte liigeste passiivset aeglast liigutamist, kui patsient on lõdvestunud ja uurija liigutab tema jäsemeid ja kaela. Esmalt uuritakse aktivatsioonimanöövriveta. Uuri ja hinda eraldi kaela ja igat jäset. Käsi tuleb uurida randme- ja küünarliigestest samaaegselt, jalgu, puusa- ja põlvliigestest samaaegselt. Juhul kui rigiidsust ei esine, kasutage aktivatsioonimanöövrit teisel jäsemel nagu sõrmede koputamist, rusika sulgemist ja avamist või kanna koputamist. Seletage patsiendile, et ta peaks laskma ennast rigiidsuse testimise ajal nii lõdvaks kui võimalik.</p> <p>0: Normaalne: Pole rigiidsust</p> <p>1: Minimaalne: Rigiidsus on märgatav ainult aktsioonimanöövriga.</p> <p>2: Kerge: Rigiidsus on märgatav ilma aktivatsioonimanöövriveta, kuid liikumine täies ulatuses on kergesti saavutatav.</p> <p>3: Mõõdukas: Rigiidsus on märgatav ilma aktivatsioonimanöövriveta, täies ulatuses liikumise saavutamiseks on vajalik pingutus.</p> <p>4: Raske: Rigiidsus on märgatav ilma aktivatsioonimanöövriveta ja täies ulatuses liikumist ei ole võimalik saavutada.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>Kael</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Parem käsi</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Vasak käsi</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Parem jalg</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Vasak jalg</p>
<p>3.4 SÕRMEDE KOPUTAMINE</p> <p>Juhised uurijale: Testige kumbagi kätt eraldi. Näidake ülesanne ette, kuid ärge jätkake selle tegemist patsiendi testimise ajal. Instrueerige patsienti koputama nimetissõrme põidlale 10 korda nii kiiresti JA nii suure amplituudiga kui võimalik. Hinnake kummalgi pool eraldi kiirust, amplituudi, takerdumist, seiskumist ja amplituudi vähenemist.</p> <p>0: Normaalne: Pole probleeme.</p> <p>1: Minimaalne: Üks järgnevatest: a) regulaarse rütmi katkemised või takerdumised 1-2 korda koputusliigutuste jooksul; b) vähene aeglustumine; c) amplituudi vähenemine 10 koputuse lõpus.</p> <p>2: Kerge: Üks järgnevatest: a) 3-5 katkemist koputamise jooksul; b) kerge aeglustumine; c) amplituudi vähenemine 10 koputuse keskel.</p> <p>3: Mõõdukas: Üks järgnevatest: a) enam kui 5 katkestust koputamise jooksul või vähemalt 1 pikem seiskumine (tardumine) liigutuse jätkamisel; b) mõõdukas aeglustumine; c) amplituudi vähenemine alates esimesest koputusest.</p> <p>4: Raske: Patsient ei suuda või suudab ülesannet vaevu täita liigutuste aeglustumise, katkestuste ja amplituudi vähenemise tõttu.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>Parem</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Vasak</p>

3.5 KÄTE LIIGUTUSED		SKOOR
<p><u>Juhised uurijale:</u> Testige kumbagi kätt eraldi. Näidake ülesanne ette, kuid ärge jätkake selle tegemist patsiendi testimise ajal. Instrueerige patsienti suruma kätt kõvasti rusikasse nii, et käsi on küünarnukist painutatud ja peopesa on uurija poole. Laske patsiendil avada rusikas kätt 10 korda nii täielikult JA kiiresti kui võimalik. Juhul kui patsiendil ei õnnestu kätt suruda täiesti rusikasse või seda täielikult avada, siis tuletage talle seda meelde. Hinnake kummalgi pool eraldi kiirust, amplituudi, takerdumist, seiskumist ja amplituudi vähenemist.</p>		
0: Normaalne:	Pole probleeme.	
1: Minimaalne:	Üks järgmistest: a) regulaarse rütmi katkemised või takerdumised 1-2 korda liigutuste jooksul; b) vähene aeglustumine; c) amplituudi vähenemine ülesande lõpus.	<input type="checkbox"/> Parem
2: Kerge:	Üks järgnevatest: a) 3-5 katkemist liigutuste jooksul; b) kerge aeglustumine; c) amplituudi vähenemine ülesande keskel.	
3: Mõõdukas:	Üks järgnevatest: a) enam kui 5 katkestust ülesande jooksul või vähemalt 1 pikem seiskumine (tardumine) liigutuse jätkamisel; b) mõõdukas aeglustumine; c) amplituudi vähenemine alates esimesest avamise ja sulgemise liigutusest.	<input type="checkbox"/> Vasak
4: Raske:	Patsient ei suuda või suudab ülesannet vaevu täita liigutuste aeglustumise, katkestuste ja amplituudi vähenemise tõttu.	
3.6 KÄTE PRONATSIOONI- SUPINATSIOONI LIIGUTUSED		
<p><u>Juhised uurijale:</u> Testige kumbagi kätt eraldi. Näidake ülesanne ette, kuid ärge jätkake selle tegemist patsiendi testimise ajal. Instrueerige patsienti sirutama oma käed välja enda ette, peopesad allapoole, seejärel pöörama peopesi üles ja alla alterneeruvalt 10 korda nii kiiresti ja täielikult kui võimalik. Hinnake kummalgi pool eraldi kiirust, amplituudi, takerdumist, seiskumist ja amplituudi vähenemist.</p>		
0: Normaalne:	Pole probleeme.	<input type="checkbox"/> Parem
1: Minimaalne:	Üks järgmistest: a) regulaarse rütmi katkemised või takerdumised 1-2 korda liigutuste jooksul; b) vähene aeglustumine; c) amplituudi vähenemine ülesande lõpus.	<input type="checkbox"/> Vasak
2: Kerge:	Üks järgnevatest: a) 3-5 katkemist liigutuste jooksul; b) kerge aeglustumine; c) amplituudi vähenemine ülesande keskel.	
3: Mõõdukas:	Üks järgnevatest: a) enam kui 5 katkestust ülesandel ja vähemalt 1 pikem seiskumine (tardumine) ülesande ajal; b) mõõdukas aeglustumine; c) amplituudi vähenemine alates esimesest supinatsiooni- pronatsiooni liigutusest.	
4: Raske:	Patsient ei suuda või suudab ülesannet vaevu täita liigutuste aeglustumise, katkestuste ja amplituudi vähenemise tõttu.	

	SKOOR
<p>3.7 VARVASTE KOPUTAMINE</p> <p><u>Juhised uurijale:</u> Pange patsient istuma sirge seljatoega käetugedega toolile, mõlemad jalad toetumas põrandale. Testige kumbagi jalga eraldi. Näidake ülesanne ette, kuid ärge jätkake selle tegemist patsiendi testimise ajal. Instrueerige patsienti asetama kanda maha mugavasse asendisse ja seejärel koputama varbaid vastu põrandat 10 korda nii suure amplituudiga JA kiiresti kui võimalik. Hinnake kummalgi pool eraldi kiirust, amplituudi, takerdumisi, seiskumisi ja amplituudi vähenemist.</p> <p>0: Normaalne: Pole probleeme.</p> <p>1: Minimaalne: Üks järgnevatest: a) regulaarse rütmi katkemised või takerdumised 1-2 korda koputusliigutuste jooksul; b) vähene aeglustumine; c) amplituudi vähenemine 10; koputuse lõpus.</p> <p>2: Kerge: Üks järgnevatest: a) 3-5 katkemist koputamislüigutuste jooksul b) kerge aeglustumine; c) amplituudi vähenemine ülesande keskel.</p> <p>3: Mõõdukas: Üks järgnevatest: a) enam kui 5 katkestust koputamislüigutuste jooksul või vähemalt 1 pikem seiskumine (tardumine) liigutuse jätkamisel b) mõõdukas aeglustumine; c) amplituudi vähenemine pärast esimesest koputust.</p> <p>4: Raske: Patsient ei suuda või suudab ülesannet vaevu täita liigutuste aeglustumise, katkestuste ja amplituudi vähenemise tõttu.</p>	<div style="text-align: center;"> <input data-bbox="1382 342 1438 401" type="checkbox"/> Parem </div> <div style="text-align: center;"> <input data-bbox="1382 533 1438 592" type="checkbox"/> Vasak </div>
<p>3.8 JALA LIKUVUS</p> <p><u>Juhised uurijale:</u> Pange patsient istuma sirge seljatoega käetugedega toolile. Patsiendi mõlemad jalad peavad mugavalt toetuma maha. Testige kumbagi jalga eraldi. Näidake ülesanne ette, kuid ärge jätkake selle tegemist patsiendi testimise ajal. Instrueerige patsienti asetama jalga maha mugavasse asendisse ja seejärel tõstke ja lööge jalga vastu põrandat 10 korda nii suure amplituudiga JA kiiresti kui võimalik. Hinnake kummalgi pool eraldi kiirust, amplituudi, takerdumist, seiskumist ja amplituudi vähenemist.</p> <p>0: Normaalne: Pole probleeme.</p> <p>1: Minimaalne: Üks järgmistest: a) regulaarse rütmi katkemised või takerdumised 1-2 korda liigutuste jooksul; b) vähene aeglustumine; c) amplituudi vähenemine ülesande lõpus.</p> <p>2: Kerge: Üks järgnevatest: a) 3-5 katkemist liigutuste jooksul; b) kerge aeglustumine; c) amplituudi vähenemine ülesande keskel.</p> <p>3: Mõõdukas: Üks järgnevatest: a) enam kui 5 katkestust ülesande jooksul või vähemalt 1 pikem seiskumine (tardumine) liigutuse jätkamisel; b) kiiruse mõõdukas aeglustumine; c) amplituudi vähenemine pärast esimesest koputust.</p> <p>4: Raske: Patsient ei suuda või suudab ülesannet vaevu täita liigutuste aeglustumise, katkestuste ja amplituudi vähenemise tõttu.</p>	<div style="text-align: center;"> <input data-bbox="1382 1148 1438 1207" type="checkbox"/> Parem </div> <div style="text-align: center;"> <input data-bbox="1382 1318 1438 1377" type="checkbox"/> Vasak </div>

3.9 TOOLILT TÕUSMINE

Juhised uurijale: Pange patsient istuma sirge seljatoega käetugedega toolile, mõlemad jalad toetuvad põrandale ja selg vastu tooli (kui patsient ei ole liiga lühike). Paluge patsiendil ristata käsivarred rinnale ja tõusta. Kui patsiendil see ei õnnestu, korrake katset veel maksimaalselt kaks korda. Kui tõusmine ikka ei õnnestu, lubage patsiendil liikuda toolil ettepoole, et tõusta, käed risti rinnal. Selles situatsioonil lubage ainult üks katse. Kui see ei õnnestu, siis lubage patsiendil lükata ennast toolilt üles käte abil. Lubage maksimaalselt kolm katset tõusmiseks. Kui see ikka ei õnnestu, abistage patsienti tõusmisel. Pärast seda kui patsient tõuseb püsti, jälgige tema kehahoiakut punkt 3.13 jaoks.

- 0: Normaalne: Pole probleeme. Võimeline tõusma kiiresti takerdumiseta.
- 1: Minimaalne: Tõusmine on aeglasem kui normaalne; või vajab rohkem kui ühe katse; või vajab tõusmiseks toolil ettepoole liikumist. Käte abi tõusmisel ei vaja.
- 2: Kerge: Tõukab end tooli käetugedelt üles käte abil ilma raskusteta.
- 3: Mõõdukas: Vajab tõukamist, kuid kaldub kukkuma tagasi; või võib üritada rohkem kui üks kord, kasutades käetugesid, kuid suudab abita üles tõusta.
- 4: Raske: Pole võimeline tõusma ilma abita.

3.10 KÕNNAK

Juhised uurijale: Kõnnaku testimiseks on parim, kui patsient kõnnib uurijast eemale ja tagasi, nii et parem ja vasak kehapool on samaaegselt hästi jälgitavad. Patsient peab jalutama vähemalt 10 meetrit, siis pöörama ümber ja tulema uurija juurde tagasi. Selles punktis hinnatakse mitut kõnnaku parameetrit: sammu ulatust, kõnnaku kiirust, jala tõste kõrgust, kannalööki kõndimise ajal, pööramist ja käte kaasliigutusi, aga mitte tardumisi. Patsiendi kõndimise ajal hinnake ka tardumist kõnnakul (järgmine punkt 3.11). Jälgige kehahoiakut punkti 3.13 jaoks.

- 0: Normaalne: Pole probleeme.
- 1: Minimaalne: Iseseisev kõndimine minimaalse kõnnakuhäirega.
- 2: Kerge: Iseseisev kõnnak, kuid olulise kõnnakuhäirega.
- 3: Mõõdukas: Vajab abivahendit ohutuks liikumiseks (jalutuskepp, rulaator), aga mitte teist inimest.
- 4: Raske: Ei suuda kõndida üldse või ainult teise inimese abiga.

	SKOOR
<p>3.11 TARDUMINE KÖNNAKUL</p> <p><u>Juhised uurijale:</u> Kõnnaku hindamise ajal hinnake ka kõnnaku tardumise episoodide esinemist. Jälgige stardiraskust ja liigutuste katkemist, eriti pööramistel ja ülesande lõpetamisel. Kui ohutus võimaldab, siis patsient EI peaks kasutama sensoorseid stiimuleid hindamise ajal.</p> <p>0: Normaalne: Tardumist ei esine.</p> <p>1: Minimaalne: Tardub startides, pööramisel või kõndimisel läbi ukseava, seisatades ainult korra nende tegevuste sooritamisel, aga siis jätkab sujuvalt, kõndides otse, ilma tardumiseta.</p> <p>2: Kerge: Tardub startides, pööramisel või kõndimisel läbi ukseava, seisatades rohkem kui üks kord neid tegevusi sooritades, aga jätkab sujuvalt, kõndides otse, ilma tardumiseta.</p> <p>3: Mõõdukas: Tardub otse kõndides üks kord.</p> <p>4: Raske: Tardub otse kõndides korduvalt.</p>	<input data-bbox="1404 346 1485 430" type="text"/>
<p>3.12 POSTURAALNE STABIILSUS</p> <p><u>Juhised uurijale:</u> Testis uuritakse vastust keha äkilisele asendi muutmisele, mida põhjustab kiire <u>jõuline</u> tõmme õlgadest, kui patsient seisab püsti, silmad avatud ja jalad mugavalt üksteisest eraldi ja paralleelselt asetatud.</p> <p>Testige retropulsiooni. Seiske patsiendi taga ja instrueerige patsienti, mis hakkab juhtuma. Selgitage, et tal on lubatud astuda samm tagasi, et vältida kukkumist. Vähemalt 1-2 meetri kaugusel uurija selja taga peab olema kindel sein, et saaks jälgida retropulsiivsete sammude arvu. Esimene tõmme on näitlik demonstratsioon ja on tahtlikult kergem ja seda ei arvestata. Teisel korral tõmmatakse õlgadest kiiresti ja jõuliselt uurija poole piisava jõuga, et muuta raskuskeset ja patsient PEAB astuma sammu tagasi. Uurijal on vajalik olla valmis patsiendi kinnipüüdmiseks, aga ta peab seisma piisavalt kaugel, et võimaldada küllalt ruumi patsiendile mitme sammu tegemiseks, et taastada iseseisvalt tasakaal. Ärge lubage patsiendil keha ebanormaalselt ette painutada, et ennetada tõmmet. Jälgige tagasi astunud sammude arvu või kukkumist. Kuni kaks sammu tasakaalu taastamiseks hinnatakse normaalseks, seega ebanormaalseks hindamine algab kolmest sammust. Kui patsient ei suuda testist aru saada, võib uurija korrata testi nii, et skoor põhineks hinnangul, mis peegeldaks pigem patsiendi piiranguid kui tema arusaamise või valmiduse puudumist. Jälgige kehahoiakut seistes punkti 3.13 jaoks.</p> <p>0: Normaalne: Pole probleeme: taastab asendi ühe või kahe sammuga.</p> <p>1: Minimaalne: 3-5 sammu, aga taastab asendi ilma abita.</p> <p>2: Kerge: Rohkem kui 5 sammu, aga taastab asendi ilma abita.</p> <p>3: Mõõdukas: Seisab ohutult, aga posturaalne vastus puudub; kukub, kui uurija ei püüa kinni.</p> <p>4: Raske: Väga ebastabiilne, kaldub kaotama tasakaalu spontaanselt või ainult õrnal tõmbamisel õlgadest.</p>	<input data-bbox="1404 1375 1485 1459" type="text"/>

	SKOOR
<p>3.13 KEHAHOIAK</p> <p><u>Juhised uurijale:</u> Kehahoiakut hinnatakse, kui patsient seisab sirgelt pärast toolilt tõusmist, kõndimisel ja posturaalsete reflekside hindamise ajal. Kui märkate halba kehahoiakut, öelge patsiendile, et ta seisaks sirgelt ja vaadake, kas kehahoiak paraneb (vt vastusevariant 2). Hinnake halvimat kehahoiakut, mida näete kolmest punktist vaadeldes. Jälgige painutust ja kaldumist külgedele.</p> <p>0: Normaalne: Pole probleeme.</p> <p>1: Minimaalne: Ei ole täiesti sirge, aga võib olla normaalne kehahoiak vanematel inimestel.</p> <p>2: Kerge Kindel painutus, skolioos või kaldumine ühele poole, aga patsient suudab kehahoiakut korrigeerida normaalseks, kui seda palutakse.</p> <p>3: Mõõdukas: Küürus kehahoiak, skolioos või kaldumine ühele poole, mida patsient ei suuda tahtlikult korrigeerida normaalseks kehahoiakuks.</p> <p>4: Raske: Painutus, skolioos või kaldumine koos äärmiselt ebanormaalse kehahoiakuga.</p>	<div style="text-align: center; margin-top: 100px;"> <input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
<p>3.14 ÜLDINE LIIGUTUSTE SPONTAANSUS (KEHA BRADÜKINEESIA)</p> <p><u>Juhised uurijale:</u> See üldine hindamine on kombineeritud jälgimine, kus hinnatakse: aeglustumist, takerdumist, väikest amplituudi ja üldist liigutuste vaesumist, sealhulgas jalgade liigutamisel ja ristamisel. Hindamine põhineb uurija üldisel muljel, jälgides spontaanseid liigutusi istudes, tõustes ja kõndides.</p> <p>0: Normaalne: Pole probleeme.</p> <p>1: Minimaalne: Vähene üldine aeglustumine ja spontaansete liigutuste vaesumine.</p> <p>2: Kerge: Keskmise üldine aeglustumine ja spontaansete liigutuste vaesumine.</p> <p>3: Mõõdukas: Mõõdukas üldine aeglustumine ja spontaansete liigutuste vaesumine.</p> <p>4: Raske: Raske üldine aeglustumine ja spontaansete liigutuste vaesumine.</p>	<div style="text-align: center; margin-top: 100px;"> <input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
<p>3.15 POSTURAALNE TREEMOR KÄTES</p> <p><u>Juhised uurijale:</u> Arvesse võetakse kõiki treemoreid, <u>kaasa arvatud taastekkiivat rahutreemorit</u>, mis esinevad selles asendis. Hinnake kumbagi kätt eraldi. Hinnake kõige suuremat amplituudi, mida näete. Juhendage patsienti, et ta sirutaks käed ette, peopesad allapool. Käsi peab olema randmest sirutatud ja sõrmed mugavalt lahus nii, et nad ei puudutaks üksteist. Jälgige seda asendit 10 sekundit.</p> <p>0: Normaalne: Treemorit ei esine.</p> <p>1: Minimaalne: Treemor esineb, aga amplituudiga vähem kui 1 cm.</p> <p>2: Kerge: Treemor esineb amplituudiga vähemalt 1cm, aga mitte enam kui 3 cm.</p> <p>3: Mõõdukas: Treemor on amplituudiga vähemalt 3 cm, aga mitte enam kui 10 cm.</p> <p>4: Raske: Treemor on amplituudiga vähemalt 10 cm.</p>	<div style="text-align: center; margin-top: 100px;"> <input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> Parem </div> <div style="text-align: center; margin-top: 100px;"> <input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> Vasak </div>

	SKOOR
<p>3.16 KINEETILINE TREEMOR KÄTES</p> <p><u>Juhised uurijale:</u> Seda testitakse sõrme-nina katsul. Käed on väljasirutatud asendis, patsient peab teostama vähemalt kolm sõrme-nina manöövrit kummagi käega, sirutades nii kaugele kui võimalik, et puudutada uurija sõrme. Sõrme-nina manööver peab toimuma piisavalt aeglaselt, et mitte varjata treemorit, mis võib juhtuda väga kiirete käte liigutuste korral. Korrake teise käega, hinnates kumbagi kätt eraldi. Treemor võib esineda kogu liigutuse ajal või tekib treemor sihtmärgile jõudmisel (nina või sõrm). Hinnake suurimat amplituudi, mida näete.</p> <p>0: Normaalne: Treemorit ei esine.</p> <p>1: Minimaalne: Treemor esineb, aga amplituudiga vähem kui 1 cm.</p> <p>2: Kerge: Treemor esineb vähemalt 1 cm, aga amplituudiga mitte enam kui 3 cm.</p> <p>3: Mõõdukas: Treemor on vähemalt 3 cm, aga amplituudiga mitte enam kui 10 cm.</p> <p>4: Raske: Treemor on amplituudiga vähemalt 10 cm.</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Parem</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Vasak</p>
<p>3.17 RAHUTREEMORI AMPLITUUD</p> <p><u>Juhised uurijale:</u> Selle ja järgmise punkti eesmärgiks on võimaldada uurimise lõpuks hindajal koguda tähelepanekuid rahutreemori kohta, mis võib ilmneda igal ajal uurimise käigus, kaasa arvatud rahulikult istudes, kõndides ja tegevuste ajal, kui mõned kehaosad liiguvad, aga teised on paigal. Lõplikuks skooriks hinnake maksimaalset amplituudi, mida näete mistahes uurimise ajal. Hinnake ainult amplituudi ja mitte treemori püsivust või vaheldumist. Hindamise ajal peab patsient istuma rahulikult toolil, käed asetatud tooli käetugedele (mitte sülle) ja jalad mugavalt toetudes põrandale 10 sekundit, ilma muude korraldusteta. Rahutreemorit hinnatakse eraldi kõigi nelja jäseme ja samuti huulte/ lõua jaoks. Lõplikuks skooriks hinnake ainult maksimaalset amplituudi, mida näete mistahes.</p> <p>Jäsemete hindamine</p> <p>0: Normaalne: Treemorit ei esine.</p> <p>1: Minimaalne: Maksimaalne amplituud < 1 cm.</p> <p>2: Kerge: ≥ 1 cm, aga maksimaalne amplituud < 3 cm.</p> <p>3: Mõõdukas: ≥ 3 cm, aga maksimaalne amplituud < 10 cm</p> <p>4: Raske: Maksimaalne amplituud ≥ 10 cm.</p> <p>Huulte/ lõua hindamine</p> <p>0: Normaalne: Treemorit ei esine.</p> <p>1: Minimaalne: Maksimaalne amplituud < 1 cm.</p> <p>2: Kerge: ≥ 1 cm, aga maksimaalne amplituud < 2 cm.</p> <p>3: Mõõdukas: ≥ 2 cm, aga maksimaalne amplituud < 3 cm</p> <p>4: Raske: Maksimaalne amplituud ≥ 3 cm.</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Parem käsi</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Vasak käsi</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Parem jalg</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Vasak jalg</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Huuled/ lõug</p>

<p>3.18 RAHUTREEMORI PÜSIVUS</p> <p><u>Juhised uurijale:</u> See punkt annab hinnangu kogu rahutreemori kohta, keskendudes rahutreemori püsivusele uurimise perioodil, kui erinevad kehaosad on varieeruvalt rahulolekus. Eesmärgiks on anda uurimise lõpuks hinnang, mis liidaks paljude minutite jooksul saadud informatsiooni.</p> <p>0: Normaalne: Teemorit ei esine.</p> <p>1: Minimaalne: Rahutreemor esineb ≤ 25% kogu uurimise perioodist.</p> <p>2: Kerge: Rahutreemor esineb 26-50% kogu uurimise perioodist.</p> <p>3: Mõõdukas: Rahutreemor esineb 51-75% kogu uurimise perioodist.</p> <p>4: Raske: Rahutreemor esineb > 75% kogu uurimise perioodist.</p>	<p>SKOOR</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 20px auto;"></div>
<p>DÜSKINEESIA MÕJU III OSA HINNANGUTELE</p> <p>A. Kas uurimise ajal esines düskineesiaid (korea või düstoonia)? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah</p> <p>B. Kui jah, kas need liigutused mõjutasid teie hindamistulemusi? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah</p>	
<p>HOEHN & YAHR SKAALA</p> <p>0: Asümptomaatiline.</p> <p>1: Ainult ühepoolne haaratus.</p> <p>2: Kahepoolne haaratus ilma tasakaaluhäireteta.</p> <p>3: Kerge kuni mõõdukas haaratus; mõningane posturaalne ebastabiilsus, kuid füüsiliselt sõltumatu; vajab abi asendi taastamisel tõmbamise testil.</p> <p>4: Raske puue; siiski suuteline käima või seisma abita.</p> <p>5: Ilma kõrvalabita ratastoolis või voodis.</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 20px auto;"></div>

IV OSA: Motoorsed komplikatsioonid

Ülevaade ja juhised: Selles osas kasutab hindaja anamnestilist ja objektiivset informatsiooni, et hinnata kahte tüüpi motoorseid komplikatsioone: düskineesiaid ja motoorseid fluktuatsioone, koos OFF staadiumi düstooniatega. Kasutage kogu patsiendilt ja hooldajalt saadud informatsiooni ning vastuseid kuuele küsimusele, mis võtavad kokku funktsionaalse võimekuse möödunud nädala jooksul, kaasa arvatud tänane päev. Nagu teistes sektsioonides, kasutage hindamisel ainult täisarvusi (poolikud punktid ei ole lubatud) ja ärge jätke puuduvaid hinnanguid. Kui punkti ei ole võimalik hinnata, pange märge PH – pole hinnatav. Mõnede vastuste valikud põhinevad protsentidel ja selleks on vajalik määratleda, mitu tundi üldiselt on ärkveloleku aega ja see arv peab olema nimetajas "OFF" aja ja düskineesiate protsentide arvutamisel. "Off" düstoonia arvestamiseks on nimetajas üldine OFF aeg.

Töödefinitsioonid uurija jaoks.

Düskineesiad: juhuslikud vastutahtelised liigutused.

Patsiendid hindavad düskineesiaid sageli sõnadega: "ebaregulaarsed jõnksatused", "väänlemine", "tõmblused".

Oluline on rõhutada patsiendile düskineesiate ja treemori eristamist, milles võib eksida, kui patsiendid hindavad düskineesiaid.

Düstoonia: moonutatud kehaasend, sageli väänleva komponendiga:

Patsiendid hindavad düstooniaid sageli sõnadega: "spasmid", "krambid", "asend".

Motoorsed fluktuatsioonid: raviefekti kõikumised:

Patsiendid hindavad motoorseid fluktuatsioone sageli sõnadega: "väljalülitamine", "ameerika mägede efekt", "sissevälja", "ebaühtlane ravimi toime".

OFF: Tüüpiline funktsionaalne seisund, kui patsient tunnetab vähest raviefekt vaatamata ravimi võtmisele, ehk tüüpiline funktsionaalne vastus, kui patsient EI kasuta parkinsonismi ravimeid. Patsiendid hindavad seda sageli sõnadega: "halb aeg", "värisemise aeg", "aeglane aeg", "aeg, millal mu ravimid ei toimi".

ON: Tüüpiline funktsionaalne seisund kui patsient saab ravimeid ja omab head raviefekti:

Patsiendid hindavad seda sageli sõnadega: "hea aeg", "kõndimise aeg", "aeg, millal mu ravimid toimivad".

A . DÜSKINEESIAD [välja arvatud off-perioodi düstooniad]

4.1 AEG DÜSKINEESIATEGA	SKOOR															
<p><u>Juhised uurijale:</u> Arvestage tavalised ärkvelolekutunnid ja siis düskineesiatega tundide arv. Arvutage protsent. Kui patsiendil on düskineesiad uurimise ajal, saate te osutada ja viidata sellele, et olla kindel, et patsient ja hooldaja saavad aru, mida nad hindavad. Te saate kasutada ka oma ettenäitamise oskust ja demonstreerida düskineetilisi liigutusi, mida olete näinud sellel patsiendil varem, või näidata neile düskineetilisi liigutusi, mis on tüüpilised teistele patsientidele. Selles küsimuses jätke välja varahommikused ja öised valulikud düskineesiad.</p> <p><u>Juhised patsiendile [hooldajale]:</u> Eelnenud nädala jooksul, mitu tundi tavaliselt te magasite ööpäeva jooksul, kaasa arvatud öine uni ja päevased uinumised. Kui magate _____ tundi, olete ärkvel _____ tundi. Mitu tundi kokku on teil ärkvelolekuajast väänlemisi, tõmblusi või vastutahtelisi liigutusi? Ärge arvutage sisse aega, kui esineb treemor, mis on regulaarne edasi-tagasi värisemine ega ärge arvestage aega, kui teil on valulikud jalgade krambid või spasmid varahommikul või öösel. Seda küsin hiljem. Kontsentreeruge ainult neile väänlemistele, tõmblustele ja ebaregulaarsetele liigutustele. Lisage summaarne aeg ärkvelolekuajast, millal need tavaliselt esinevad. Mitu tundi: _____ (kasutage seda numbrit arvutamiseks).</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: auto;"></div>															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">0: Normaalne</td> <td style="width: 45%;">Düskineesiaid ei esine.</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>1: Minimaalne:</td> <td>≤ 25% ärkvelolekuajast.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2: Kerge:</td> <td>26 - 50% ärkvelolekuajast.</td> <td>1. Ärkveloleku aeg kokku tundides: _____</td> </tr> <tr> <td>3: Mõõdukas:</td> <td>51 - 75% ärkvelolekuajast.</td> <td>2. Düskineesiad tundides: _____</td> </tr> <tr> <td>4: Raske:</td> <td>> 75% ärkvelolekuajast.</td> <td>3. % düskineesiad = ((2/1)*100): _____</td> </tr> </table>	0: Normaalne	Düskineesiaid ei esine.		1: Minimaalne:	≤ 25% ärkvelolekuajast.		2: Kerge:	26 - 50% ärkvelolekuajast.	1. Ärkveloleku aeg kokku tundides: _____	3: Mõõdukas:	51 - 75% ärkvelolekuajast.	2. Düskineesiad tundides: _____	4: Raske:	> 75% ärkvelolekuajast.	3. % düskineesiad = ((2/1)*100): _____	
0: Normaalne	Düskineesiaid ei esine.															
1: Minimaalne:	≤ 25% ärkvelolekuajast.															
2: Kerge:	26 - 50% ärkvelolekuajast.	1. Ärkveloleku aeg kokku tundides: _____														
3: Mõõdukas:	51 - 75% ärkvelolekuajast.	2. Düskineesiad tundides: _____														
4: Raske:	> 75% ärkvelolekuajast.	3. % düskineesiad = ((2/1)*100): _____														

4.2 DÜSKINEESIAE MÕJU FUNKTSIONAALSELE VÕIMEKUSELE

SKOOR

Juhised uurijale: Määratlege, kui palju düskineesiad mõjutavad patsiendi päevast funktsionaalset võimekust tema tegevustes ja sotsiaalses suhtlemises. Kasutage patsiendi ja hooldaja vastust oma küsimusele ja enda tähelepanekuid viisidi jooksul, et saada parim vastus.

Juhised patsiendile [ja hooldajale]: Kas viimase nädala jooksul oli teil tavaliselt probleeme vastutahteliste liigutustega, kui tegite midagi või olite inimeste hulgas? Kas need takistasid teid tegevustes või inimestega koos suheldes?

- 0: Normaalne: Düskineesiaid ei esine või düskineesiad ei mõjuta tegevusi ja sotsiaalset suhtlemist.
- 1: Minimaalne: Düskineesiad mõjutavad väheseid tegevusi, aga patsient sooritab tavaliselt kõiki tegevusi ja osaleb sotsiaalses suhtlemises düskineetilise perioodi jooksul.
- 2: Kerge: Düskineesiad mõjutavad paljusid tegevusi, aga tavaliselt patsient sooritab kõik tegevused ja osaleb sotsiaalses suhtlemises düskineetilise perioodi jooksul.
- 3: Mõõdukas: Düskineesiad mõjutavad tegevusi nii, et tavaliselt patsient ei soorita tegevusi ega osale sotsiaalses suhtlemises düskineetiliste episoodide jooksul.
- 4: Raske: Düskineesiad mõjutavad funktsionaalset võimekust niivõrd, et tavaliselt patsient ei soorita enamusi tegevusi või ei osale enamasti sotsiaalses suhtlemises düskineetiliste episoodide jooksul.

B . MOTOORSED FLUKTUATSIOONID

4.3 AEG OFF PERIOODIS

Juhised uurijale: Kasutage ärkveloleku tundide arvu punktist 4.1 ja arvestage OFF staadiumis oldud tunnid. Arvutage protsent. Kui patsiendil on OFF periood uurimise ajal, võite te osutada sellele kui OFF perioodi näitele. Te võite samuti kasutada oma teadmisi patsiendist, et kirjeldada tüüpilist OFF perioodi. Te saate kasutada ka oma ettenäitamise oskust, et demonstreerida OFF perioodi, mida olete näinud sellel patsiendil varem või näidata OFF perioode, mis on tüüpilised teistele patsientidele. Märkige üles tüüpiline OFF aeg tundides, sest vajate seda, täites punkti 4.6.

Juhised patsiendile [ja hooldajale]: Mõnedel Parkinsoni tõvega patsientidel on ravimist hea efekt ärkveloleku tundide ajal ja me nimetame seda ON ajaks. Teised patsiendid võtavad oma ravimeid, aga siiski on mõned tunnid halvemat, aeglast või värisemisega aega. Arstid nimetavad seda halba perioodi OFF ajaks. Te rääkisite meile enne, et viimase nädala jooksul olete üldiselt ärkvel _____ tundi päevas. Neist ärkvelolekutundidest, mitu tundi kokku on teil tavaliselt seda tüüpi halba ehk OFF aega _____ (Kasutage seda numbrit oma arvutusteks).

- 0: Normaalne: OFF aega ei esine.
- 1: Minimaalne: ≤ 25% ärkvelolekuajast.
- 2: Kerge: 26 - 50% ärkvelolekuajast.
- 3: Mõõdukas: 51 - 75% ärkvelolekuajast.
- 4: Raske: > 75% ärkvelolekuajast.

1. Ärkvelolekuaeg kokku tundides: _____
2. OFF aeg tundides: _____
3. % OFF ajast = $((2/1)*100)$: _____

4.4 FLUKTUATSIOONIDE MÕJU FUNKTSIONAALSELE VÕIMEKUSELE

Juhised uurijale: Määratlege kui palju motoorsed fluktuatsioonid mõjutavad patsiendi päevast funktsionaalset võimekust tema tegevustes ja sotsiaalses suhtlemises. See küsimus keskendub ON ja OFF seisundite erinevusele. Kui patsiendil ei ole OFF aega, on skoor 0, aga kui patsiendil on väga kerge fluktuatsioon, on ikka võimalik 0 skoor, juhul kui ei ilmne mõju tegevustele. Kasutage patsiendi ja hooldaja vastuseid teie küsimustele ja teie oma tähelepanekuid visiidi jooksul, et saada parim vastus.

Juhised patsiendile [ja hooldajale]: Mõelge sellele ajale, millal need halvad ehk OFF perioodid on ilmnunud viimase nädala jooksul. Kas teil on siis tavaliselt rohkem probleeme tegevustes või inimestega koos olles, võrreldes ülejäänud päevaga, kui te tunnete, et teie ravimid toimivad. Kas teil on mõned asjad, mida te tavaliselt teete hea perioodi jooksul, aga millega teil on muret või mille tegemine on takistatud halva perioodi jooksul?

- 0: Normaalne: Fluktuatsioone ei esine või fluktuatsioonid ei mõjuta tegevuste sooritamist või sotsiaalset suhtlemist.
- 1: Minimaalne: Fluktuatsioonid mõjutavad väheseid tegevusi, aga tavaliselt OFF ajal patsient sooritab tegevusi ja osaleb sotsiaalses suhtlemises nagu tüüpiliselt ON staadiumi jooksul.
- 2: Kerge: Fluktuatsioonid mõjutavad paljusid tegevusi, aga tavaliselt OFF ajal patsient siiski sooritab kõik tegevused ja osaleb sotsiaalses suhtlemises nagu tüüpiliselt ON staadiumi jooksul.
- 3: Mõõdukas: Fluktuatsioonid mõjutavad tegevuste sooritamist OFF perioodi jooksul nii, et tavaliselt patsient ei soorita mõningaid tegevusi ega osale sotsiaalses suhtlemises, nii nagu ta sooritab seda ON perioodi jooksul.
- 4: Raske: Fluktuatsioonid mõjutavad funktsionaalset võimekust nii, et tavaliselt patsient OFF periood jooksul ei soorita enamusi tegevusi või ei osale enamasti sotsiaalses suhtlemises nii nagu ta sooritab seda ON perioodi jooksul.

4.5 MOTOORSETE FLUKTUATSIOONIDE KOMPLEKSSUS

Juhised uurijale: Määratlege OFF perioodide tavaline ennustatavus sõltuvalt doosist, päeva ajast, söömisest või muudest faktoritest. Kasutage patsiendi ja hooldaja poolt antud informatsiooni ja täiendage teie oma tähelepanekutega. Küsige, kas patsient saab arvestada, et need tulevad vahel kindlal ajal, tulevad enamasti kindlal ajal, tulevad alati kindlal ajal (sellisel juhul uurige edasi, et eristada minimaalset kergest), ainult vahel tulevad kindlal ajal või on täiesti etteennustamatud? Täpsustades protsente, on teil võimalik leida korrektne vastus.

Juhised patsiendile [ja hooldajale]: Mõnede patsiendite jaoks tuleb halb ehk OFF periood kindlatel aegadel päeva jooksul või seoses tegevustega nagu söömine ja harjutuste tegemine. Kas viimase nädala jooksul te tavaliselt teate, millal halvad perioodid ilmuvad? Teiste sõnadega, kas teie halvad perioodid tulevad alati kindlal ajal? Kas nad tulevad enamasti kindlal ajal? Kas nad ainult vahel tulevad kindlal ajal? Kas teie halvad perioodid on täiesti etteennustamatud?

- 0: Normaalne: Motoorseid fluktuatsioone ei esine.
- 1: Minimaalne: OFF aeg on ennustatav alati või enamusest ajast (> 75%).
- 2: Kerge: OFF aeg on ennustatav enamus ajast (51-75%).
- 3: Mõõdukas: OFF aeg on ennustatav osal ajast (26-50%)
- 4: Raske: OFF episoodid on harva ennustavad (≤ 25%).

C. "OFF" DÜSTOONIAD

4.6 VALULIKUD OFF-STAADIUMI DÜSTOONIAD

Juhised uurijale: Määratlege mootorsete fluktuatsioonidega patsientide korral, kui suur osa OFF episoodidest tavaliselt sisaldab valulikke düstooniaid? Te olete juba arvestanud OFF aja tundide arvu (4.3). Arvestage, kui palju nendest tundidest on seotud düstooniatega ja arvutage protsent. Kui OFF aega ei esine, siis märkige 0.

Juhised patsiendile [ja hooldajale]: Ühele varem küsitud küsimusele te vastasite, et üldiselt on teil _____ tundi halba ehk OFF aega, mil teie Parkinsoni tõbi on halvasti kontrollitav. Kas selle halva ehk OFF perioodi ajal on teil tavaliselt valulikke krampe või spasme? Kogu halvast ajast _____ tundi, arvestage kokku aeg päeva jooksul, millal esinevad need valulikud krambid. Mitu tundi see teeb? _____

- 0: Normaalne: Düstooniad ega OFF-ajaga ei esine.
- 1: Minimaalne: ≤ 25% OFF ajast.
- 2: Kerge: 26-50% OFF ajast.
- 3: Mõõdukas: 51-75% OFF ajast.
- 4: Raske: > 75% OFF ajast.

1. OFF tunnid kokku: _____
2. OFF tunnid düstooniaga kokku: _____
3. % OFF düstoonia = $((2/1)*100)$: _____

Patsiendi seisundi kokkuvõte: LUGEGE PATSIENDILE

Sellega olen lõpetanud teie Parkinsoni tõve hindamise. Ma tean, et küsimused ja ülesanded võtsid mitmeid minuteid, aga soovisin teha täieliku testimise, kattes kõik aspektid. Tehes seda, ma võisin teid küsitleda ka probleemide suhtes, mida teil üldse pole, ja mainisin probleeme, mida teil ei pruugi iialgi tekkida. Mitte kõigil patsientidel ei teki kõiki neid probleeme, aga kuna nad võivad ilmneda, on oluline küsida kõiki küsimusi igalt patsiendilt. Tänan teid teie aja ja tähelepanu eest selle skaala täitmisel.



----- Patsiendi nimi või uuritava isikukood	----- Keskuse ID	----- (pp kk aaaa) Hindamise kuupäev	----- Uurija initsiaalid
--	---------------------	--	-----------------------------

MDS UPDRS hindamise leht

1.A	Informatsiooniallikas	<input type="checkbox"/> Patsient <input type="checkbox"/> Hooldaja <input type="checkbox"/> Patsient + hooldaja	3.3b	Rigiidsus- parem käsi	
			3.3c	Rigiidsus- vasak käsi	
I osa			3.3d	Rigiidsus- parem jalg	
1.1	Kognitiivsed häired		3.3e	Rigiidsus- vasak jalg	
1.2	Hallutsinatsioonid ja psühhoos		3.4a	Sõrmede koputamine- parem käsi	
1.3	Meeleolu alanemine		3.4b	Sõrmede koputamine- vasak käsi	
1.4	Ärevus		3.5a	Käte liigutused- parem käsi	
1.5	Apaatia		3.5b	Käte liigutused- vasak käsi	
1.6	Dopamiini düsregulatsiooni sündroomi nähud		3.6a	Käte pronatsiooni-supinatsiooni liigutused- parem käsi	
1.6a	Kes täidab küsimustiku	<input type="checkbox"/> Patsient <input type="checkbox"/> Hooldaja <input type="checkbox"/> Patsient + hooldaja	3.6b	Käte pronatsiooni-supinatsiooni liigutused- vasak käsi	
			3.7a	Varvaste koputamine- parem jalg	
1.7	Unehäired		3.7b	Varvaste koputamine- vasak jalg	
1.8	Päevane unisus		3.8a	Jala liikuvus- parem jalg	
1.9	Valu ja teised aistingud		3.8b	Jala liikuvus- vasak jalg	
1.10	Põiehäired		3.9	Toolilt tõusmine	
1.11	Kõhukinnisus		3.10	Kõnnak	
1.12	Pearinglus seistes		3.11	Tardumine kõnnakul	
1.13	Väsimus		3.12	Posturaalne stabiilsus	
II osa			3.13	Kehahoiak	
2.1	Kõne		3.14	Üldine liigutuste spontaansus	
2.2	Sülg ja süljevoolus		3.15a	Posturaalne treemor kätes- parem käsi	
2.3	Mälumine ja neelamine		3.15b	Posturaalne treemor kätes- vasak käsi	
2.4	Söömine		3.16a	Kineetiline treemor kätes- parem käsi	
2.5	Riietumine		3.16b	Kinetiline treemor kätes- vasak käsi	
2.6	Hügieen		3.17a	Rahutremori amplituud- parem käsi	
2.7	Käekiri		3.17b	Rahutremori amplituud- vasak käsi	
2.8	Hobid ja teised tegevused		3.17c	Rahutremori amplituud- parem jalg	
2.9	Voodis keeramine		3.17d	Rahutremori amplituud- vasak jalg	
2.10	Treemor		3.17e	Rahutremori amplituud- huuled/ lõug	
2.11	Voodist, autost või madalalt toolilt tõusmine		3.18	Rahutremori püsivus	
2.12	Kõndimine ja tasakaal			Kas esines düskineesiaid?	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah
2.13	Tardumine			Kas need liigutused mõjutasid teie hindamistulemusi?	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah
3a	Ka patsient võtab ravimeid?	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah		Hoehn & Yahr skaala	
3b	Patsiendi kliiniline seisund	<input type="checkbox"/> OFF <input type="checkbox"/> ON	IV osa		
3c	Kas patsient võtab levodopat?	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah	4.1	Aeg düskineesiatega	
3.C1	Kui jah, siis viimasest doosist möödunud minutid:		4.2	Düskineesiade mõju funktsionaalsele võimekusele	
III osa			4.3	Aeg OFF perioodis	
3.1	Kõne		4.4	Fluktuatsioonide mõju funktsionaalsele võimekusele	
3.2	Näo väljenduslikkus		4.5	Motoorsete fluktuatsioonide komplekssus	
3.3a	Rigiidsus- kael		4.6	Valulikud OFF-staadiumi düstooniad	