

Parkinson in beeld



In dit boekje “Parkinson in beeld” vindt u kaarten die u kunt invullen. Vul gedurende een week, iedere dag een kaart in. Een voorbeeld is los bijgesloten. Neem dit boekje mee naar uw volgende bezoek aan het ziekenhuis.

Begrippenlijst

On/Off

On = normaal, goed beweeglijk

Off = slecht of niet kunnen bewegen en/of stijfheid

Overbeweeglijk

Onwillekeurige dansachtige bewegingen van arm, been romp en/of hoofd

Hallucinaties

Het zien van objecten of het horen van geluiden die er in werkelijkheid niet zijn



Naam van uw Parkinson medicijnen:

Dosering van uw medicijn per dag

Naam: J. Pieters
 Geboortedatum: 17 Augustus 1949
 Datum: 7 April 2011

A: Levodopa 3x x per dag 250 mg
 B: x per dag mg
 C: x per dag mg

Hoe laat nam u uw medicijn in?

		06:00	06:30	07:00	07:30	08:00	08:30	09:00	09:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30	17:00	17:30	18:00	18:30	19:00	19:30	20:00	20:30	21:00	21:30	22:00	22:30	23:00	23:30	00:00	00:30	01:00	01:30	02:00	02:30	03:00	03:30	04:00	04:30	05:00	05:30								
1	Medicijn A	X												X																							X																				
1	Medicijn B																																																								
1	Medicijn C																																																								

Wanneer heeft u geslapen? (Ook als dit maar even is geweest.)

		06:00	06:30	07:00	07:30	08:00	08:30	09:00	09:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30	17:00	17:30	18:00	18:30	19:00	19:30	20:00	20:30	21:00	21:30	22:00	22:30	23:00	23:30	00:00	00:30	01:00	01:30	02:00	02:30	03:00	03:30	04:00	04:30	05:00	05:30						
2	Slaap														X																									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Hoe beweegt u zich?

		06:00	06:30	07:00	07:30	08:00	08:30	09:00	09:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30	17:00	17:30	18:00	18:30	19:00	19:30	20:00	20:30	21:00	21:30	22:00	22:30	23:00	23:30	00:00	00:30	01:00	01:30	02:00	02:30	03:00	03:30	04:00	04:30	05:00	05:30					
3	On				X	X	X	X	X	X							X	X										X	X	X	X	X																						
3	Off										X	X				X	X					X	X											X	X	X	X																	

Ervaart u bijwerkingen?

		06:00	06:30	07:00	07:30	08:00	08:30	09:00	09:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30	17:00	17:30	18:00	18:30	19:00	19:30	20:00	20:30	21:00	21:30	22:00	22:30	23:00	23:30	00:00	00:30	01:00	01:30	02:00	02:30	03:00	03:30	04:00	04:30	05:00	05:30								
4	Overbeweeglijk				X	X																																																			
5	Hallucinaties																																																								
6	Misselijkheid																																																								

Overige opmerkingen:

		06:00	06:30	07:00	07:30	08:00	08:30	09:00	09:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30	17:00	17:30	18:00	18:30	19:00	19:30	20:00	20:30	21:00	21:30	22:00	22:30	23:00	23:30	00:00	00:30	01:00	01:30	02:00	02:30	03:00	03:30	04:00	04:30	05:00	05:30							

- Uitleg**
- 1) Geef hier aan wanneer u medicijn A, B en/of C heeft ingenomen.
 - 2) Vul hier de uren in waarop u geslapen heeft.
 - 3) On: beweegt u zich normaal? Zet een X bij de juiste tijd. Off: bent u traag, stijf, of heeft u last van beven? Zet een X bij de juiste tijd.
 - 4) Ervaart u onwillekeurige bewegingen, niet passend bij beven? Zet een X bij de juiste tijd.
 - 5) Heeft u hallucinaties? Zet een X bij de juiste tijd.
 - 6) Heeft u andere bijwerkingen? (Zoals duizeligheid, slaperigheid, misselijkheid, enz.) Zet een X bij de juiste tijd.

