



Neuro Implant Clinic

Auricular Implant Therapy

ПОДГОТОВКА К КОНСУЛЬТАЦИИ

# Дневник симптомов Паркинсона

## на 7 дней

Для печати, заполнения на планшете и подготовки к консультации врача.

### Что внутри

#### 7 дневных листов

тремор, скованность, походка, сон и настроение

#### Таблица лекарств

время приема, дозы и переносимость

#### Лист для врача

вопросы и документы перед консультацией

Дневник помогает структурировать наблюдения за состоянием пациента за неделю. Он не является медицинской рекомендацией и не заменяет консультацию специалиста.



# Как заполнять дневник

Заполняйте дневник один раз в день, желательно в одно и то же время. Достаточно отметить выраженность симптомов и добавить короткие наблюдения.

## Шкала оценки

- 0** - нет симптома
- 1** - слабо
- 2** - умеренно
- 3** - заметно
- 4** - сильно

## Что важно отметить

- изменения в движении
- реакцию на лекарства
- сон и настроение
- что мешает больше всего
- вопросы для врача

## Данные пациента

Имя пациента \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Диагноз / год постановки \_\_\_\_\_

Основные препараты \_\_\_\_\_

Контакт родственника / сопровождающего \_\_\_\_\_

## Важно

Дневник помогает врачу увидеть динамику за несколько дней. Он не заменяет очную или дистанционную консультацию специалиста и не используется для самостоятельного изменения лечения.

## Как использовать после заполнения

Возьмите дневник на консультацию или отправьте его специалисту вместе с медицинскими документами: заключением невролога, списком препаратов и результатами обследований.



# День 1

Дата: \_\_\_\_\_

## Оценка симптомов

### Тремор

0 - нет, 4 - сильный

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Скованность

0 - нет, 4 - сильная

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Походка и равновесие

0 - уверенно, 4 - очень неуверенно

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Сон

0 - отлично, 4 - очень плохо

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Настроение

0 - хорошее, 4 - плохое

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

## Наблюдения за день

Что беспокоило больше всего?

---

Когда стало лучше или хуже?

---

Были ли побочные эффекты?

---

Что важно обсудить с врачом?

---

### Дополнительно

- физическая активность
- питание и вода
- другое

## Лекарства

Препарат	Доза	Время	Принято
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

## Заметки

---



---



---



---



# День 2

Дата: \_\_\_\_\_

## Оценка симптомов

### Тремор

0 - нет, 4 - сильный

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Скованность

0 - нет, 4 - сильная

нет	0	1	2	3	4	сильно
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

### Походка и равновесие

0 - уверенно, 4 - очень неуверенно

нет	0	1	2	3	4	сильно
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

### Сон

0 - отлично, 4 - очень плохо

нет	0	1	2	3	4	сильно
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

### Настроение

0 - хорошее, 4 - плохое

нет	0	1	2	3	4	сильно
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

нет	0	1	2	3	4	сильно
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

## Наблюдения за день

Что беспокоило больше всего?

---

Когда стало лучше или хуже?

---

Были ли побочные эффекты?

---

Что важно обсудить с врачом?

---

### Дополнительно

- физическая активность
- питание и вода
- другое

## Лекарства

Препарат	Доза	Время	Принято
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

## Заметки

---



---



---



# День 3

Дата: \_\_\_\_\_

## Оценка симптомов

### Тремор

0 - нет, 4 - сильный

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Скованность

0 - нет, 4 - сильная

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Походка и равновесие

0 - уверенно, 4 - очень неуверенно

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Сон

0 - отлично, 4 - очень плохо

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Настроение

0 - хорошее, 4 - плохое

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

## Наблюдения за день

Что беспокоило больше всего?

---

Когда стало лучше или хуже?

---

Были ли побочные эффекты?

---

Что важно обсудить с врачом?

---

### Дополнительно

- физическая активность
- питание и вода
- другое

## Лекарства

Препарат	Доза	Время	Принято
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

## Заметки

---



---



---



---



# День 4

Дата: \_\_\_\_\_

## Оценка симптомов

### Тремор

0 - нет, 4 - сильный

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Скованность

0 - нет, 4 - сильная

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Походка и равновесие

0 - уверенно, 4 - очень неуверенно

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Сон

0 - отлично, 4 - очень плохо

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Настроение

0 - хорошее, 4 - плохое

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

## Наблюдения за день

Что беспокоило больше всего?

---

Когда стало лучше или хуже?

---

Были ли побочные эффекты?

---

Что важно обсудить с врачом?

---

### Дополнительно

- физическая активность
- питание и вода
- другое

## Лекарства

Препарат	Доза	Время	Принято
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

## Заметки

---



---



---



---



# День 5

Дата: \_\_\_\_\_

## Оценка симптомов

### Тремор

0 - нет, 4 - сильный

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Скованность

0 - нет, 4 - сильная

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Походка и равновесие

0 - уверенно, 4 - очень неуверенно

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Сон

0 - отлично, 4 - очень плохо

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Настроение

0 - хорошее, 4 - плохое

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

## Наблюдения за день

Что беспокоило больше всего?

---

Когда стало лучше или хуже?

---

Были ли побочные эффекты?

---

Что важно обсудить с врачом?

---

### Дополнительно

- физическая активность
- питание и вода
- другое

## Лекарства

Препарат	Доза	Время	Принято
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

## Заметки

---



---



---



---



# День 6

Дата: \_\_\_\_\_

## Оценка симптомов

### Тремор

0 - нет, 4 - сильный

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Скованность

0 - нет, 4 - сильная

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Походка и равновесие

0 - уверенно, 4 - очень неуверенно

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Сон

0 - отлично, 4 - очень плохо

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Настроение

0 - хорошее, 4 - плохое

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

## Наблюдения за день

Что беспокоило больше всего?

---

Когда стало лучше или хуже?

---

Были ли побочные эффекты?

---

Что важно обсудить с врачом?

---

### Дополнительно

- физическая активность
- питание и вода
- другое

## Лекарства

Препарат	Доза	Время	Принято
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

## Заметки

---



---



---



---



# День 7

Дата: \_\_\_\_\_

## Оценка симптомов

### Тремор

0 - нет, 4 - сильный

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Скованность

0 - нет, 4 - сильная

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Походка и равновесие

0 - уверенно, 4 - очень неуверенно

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Сон

0 - отлично, 4 - очень плохо

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

### Настроение

0 - хорошее, 4 - плохое

	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
нет					сильно

## Наблюдения за день

Что беспокоило больше всего?

---

Когда стало лучше или хуже?

---

Были ли побочные эффекты?

---

Что важно обсудить с врачом?

---

### Дополнительно

- физическая активность
- питание и вода
- другое

## Лекарства

Препарат	Доза	Время	Принято
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

## Заметки

---



---



---



---



## Обзор недели

Заполните этот лист после 7 дней наблюдения. Он поможет быстро показать врачу, какие симптомы были наиболее заметными и что менялось в течение недели.

День	Тремор	Скованность	Походка	Сон	Настроение	Лекарства
День 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
День 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
День 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
День 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
День 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
День 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
День 7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

### Общие заметки за неделю

---

---

---

---

### Что важно отметить

- какие симптомы беспокоили больше всего
- что ухудшает состояние
- что улучшает состояние
- есть ли изменения по сравнению с прошлой неделей



# Вопросы и документы для консультации

Перед консультацией удобно собрать основные документы и заранее записать вопросы, чтобы ничего не забыть во время разговора со специалистом.

## Документы и данные

- заключение невролога
- список препаратов и дозировок
- результаты обследований, если есть
- описание длительности заболевания
- контакт родственника или сопровождающего

## Вопросы врачу

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Neuro Implant Clinic

Испания, Валенсия. Предварительная оценка обращения не является диагнозом и не заменяет консультацию врача.