

Dotazník pro pacienty s dystonií

(pro interní potřeby Expy centra Neurologické kliniky 1.LF UK)

Jméno:

Datum narození:

Adresa bydliště:

Vážená paní, Vážený pane,

Prosíme, zodpovězte zaškrtnutím odpověď, která nejlépe vystihuje Váš zdravotní stav nebo dosavadní vývoj příznaků Vašeho onemocnění. Cílem je získat aktualizované údaje, které mohou sloužit pro zpřesnění Vaší diagnózy nebo léčby.

Vyplní pacient	Vyplní lékař
<p>1) Mým problémem je některý z následujících příznaků dystonie (zatrhněte všechny příznaky, které máte; hlavní příznak podtrhněte):</p> <p><input type="checkbox"/> nechtěné stáčení hlavy/šije</p> <p><input type="checkbox"/> nechtěné mrkání/svíráání očních víček</p> <p><input type="checkbox"/> nechtěné zavírání nebo otvíráání čelisti, svírání rtů, pohyby jazyka, změny hlasu</p> <p><input type="checkbox"/> nechtěné stáčení/křeč/zuhlost horní končetiny nebo obou horních končetin (patří sem i křeč při psaní nebo jiné určité činnosti)</p> <p><input type="checkbox"/> nechtěné stáčení/křeč/zuhlost dolní končetiny nebo obou dolních končetin</p> <p><input type="checkbox"/> nechtěné stáčení trupu nebo břišní stěny</p>	<p>1) Pacient vykazuje klinické příznaky dystonie (anamnestické nebo aktuální):</p> <p><input type="checkbox"/> cervikální dystonie</p> <p><input type="checkbox"/> blefarospasmus</p> <p><input type="checkbox"/> oromandibulární/linguální</p> <p><input type="checkbox"/> dysfonie</p> <p><input type="checkbox"/> profesionální křeče</p> <p><input type="checkbox"/> dystonie PHK, LHK</p> <p><input type="checkbox"/> dystonie PDK, LDK</p> <p><input type="checkbox"/> trupová dystonie</p> <p><input type="checkbox"/> generalizovaná dystonie</p> <p><input type="checkbox"/> etiologie idiopatická, DYT1, DRD, DYT5, DYT6, DYT11, získaná, funkční, jiná</p>
<p>2) Mezi mé další potíže patří třes, nechtěné rytmické nebo krouživé pohyby nebo nechtěné záškuby:</p> <p><input type="checkbox"/> hlavy, brady nebo šije</p> <p><input type="checkbox"/> jedné nebo obou horních končetin</p> <p><input type="checkbox"/> jedné nebo obou dolních končetin</p> <p><input type="checkbox"/> trupu nebo břišní stěny</p>	<p>2) Pacient má další klinické příznaky (anamnestické nebo aktuální, relevantní výraz podtrhněte):</p> <p><input type="checkbox"/> třes hlavy, brady, rtů, hlasu, PHK, LHK, PDK, LDK klidový, posturální, kinetický, intenční, ortostatický:</p> <p><input type="checkbox"/> chorea obličeje, jazyka, šije, PHK, LHK, PDK, LDK, trup</p> <p><input type="checkbox"/> myoklonus pozitivní/negativní fokální, segmentální, multifokální, generalizovaný, propriospinální</p> <p><input type="checkbox"/> tik motorický/vokální</p> <p><input type="checkbox"/> nepřítomny</p>

<p>3) Mé příznaky uvedené v prvních dvou otázkách vznikly:</p> <p><input type="checkbox"/> nevím</p> <p><input type="checkbox"/> do mých 10 let věku</p> <p><input type="checkbox"/> v mých 10-20 letech věku</p> <p><input type="checkbox"/> v mých 20-30 letech věku</p> <p><input type="checkbox"/> v mých 30-50 letech věku</p> <p><input type="checkbox"/> po 50 letech věku</p>	<p>3) Specifikace počátku dystonie:</p> <p><input type="checkbox"/> první příznak/rok:</p> <p><input type="checkbox"/> další příznak/rok:</p> <p><input type="checkbox"/> další příznak/rok:</p>
<p>4) Vzniku mých potíží uvedených v prvních dvou otázkách předcházelo (uvedte všechny okolnosti):</p> <p><input type="checkbox"/> nevím - nic čeho bych si byl(a) vědom(a)</p> <p><input type="checkbox"/> úraz, upřesněte:</p> <p><input type="checkbox"/> infekce (horečnaté onemocnění) upřesněte:</p> <p><input type="checkbox"/> stresová zátěž</p> <p><input type="checkbox"/> užívání léku (zejména léky na nevolnost, trávení nebo léky předepisované psychiatrem) upřesněte:</p> <p><input type="checkbox"/> jiná událost:</p>	<p>4) Existuje časová souvislost vzniku dystonie s nějakou událostí:</p> <p><input type="checkbox"/> NE/není známo</p> <p><input type="checkbox"/> ANO</p> <p><input type="checkbox"/> neuroleptika (upřesněte):</p> <p><input type="checkbox"/> jiné okolnosti:</p>
<p>5) Příznaky uvedené v prvních dvou otázkách:</p> <p>- se mění s časem (kolísají např. z hodiny na hodinu, během dne, týdne apod).</p> <p><input type="checkbox"/> NE</p> <p><input type="checkbox"/> ANO, upřesněte:</p> <p>- se zhorší za určitých okolností (např. při pohybu, psaní, vykonávání nějaké činnosti, chůzi, poloze těla nebo končetiny, leknutí, nebo dotyku určité části těla).</p> <p><input type="checkbox"/> NE</p> <p><input type="checkbox"/> ANO, upřesněte:</p> <p>- se zlepší za určitých okolností (např. při pohybu, psaní, vykonávání nějaké činnosti, chůzi, poloze těla nebo končetiny, leknutí, nebo dotyku určité části těla).</p> <p><input type="checkbox"/> NE</p> <p><input type="checkbox"/> ANO, upřesněte:</p> <p>- se mění v závislosti na fyzické námaze.</p> <p><input type="checkbox"/> NE</p> <p><input type="checkbox"/> ANO (zlepšení/zhoršení), upřesněte:</p> <p>- se mění po požití alkoholu, kávy nebo nějakého léku</p> <p><input type="checkbox"/> NE</p> <p><input type="checkbox"/> ANO (zlepšení/zhoršení), upřesněte:</p>	<p>5) Okolnosti výskytu dystonie - zmírnění nebo zhoršení:</p> <p><input type="checkbox"/> kolísání v čase</p> <p><input type="checkbox"/> efekt pohybu/činnosti</p> <p><input type="checkbox"/> efekt polohy těla</p> <p><input type="checkbox"/> senzorický trik/geste antagoniste</p> <p><input type="checkbox"/> efekt námahy</p> <p><input type="checkbox"/> efekt požití</p> <p><input type="checkbox"/> efekt spánku (včetně zlepšení !)</p> <p><input type="checkbox"/> efekt distrakce</p> <p><input type="checkbox"/> nejsou známy</p>

<p>6) Trpí (nebo trpěl) někdo podobnými příznaky ve Vaší rodině:</p> <p><input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO</p> <p>upřesněte kdo:</p> <p>upřesněte od kolika let věku: <input type="checkbox"/> žije <input type="checkbox"/> nežije</p>	<p>6-9) Rodinná anamnéza:</p> <p>počet sourozenců</p> <p>počet dětí</p> <p><input type="checkbox"/> RA nezjištěna/nelze zjistit <input type="checkbox"/> RA negativní <input type="checkbox"/> RA pozitivní</p> <p>upřesnit osoby/příznaky:</p>
<p>7) Léčí (nebo léčil) se někdo z Vaší rodiny pro pohybové nebo psychické problémy?</p> <p><input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO</p> <p>upřesněte kdo a s čím:</p>	
<p>8) Máte sourozence?</p> <p><input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO</p> <p>upřesněte pohlaví/rok nar:</p>	
<p>9) Máte děti?</p> <p><input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO</p> <p>upřesněte pohlaví/rok nar:</p>	
<p>Doplňující otázky</p>	
<p>Vyplní pacient</p>	<p>Vyplní lékař</p>
<p>10) Mám problémy se zpomalením pohybu, nebo se zhoršenou koordinací/obratností pohybu:</p> <p><input type="checkbox"/> horních končetin <input type="checkbox"/> dolních končetin</p>	<p>10) Pacient má klinické příznaky (anamnestické nebo aktuální, relevantní výraz podtrhněte):</p> <p><input type="checkbox"/> parkinsonismus bradykineze, rigidita, klidový třes PHK, LHK, PDK, LHK, hypomimie, hypofonie</p> <p><input type="checkbox"/> ataxie jazyk, PHK, LHK, PDK, LHK</p> <p><input type="checkbox"/> nepřítomny</p>
<p>11) Mám problémy se svalovou silou/slabostí:</p> <p><input type="checkbox"/> horních končetin <input type="checkbox"/> dolních končetin</p>	<p>11) Pacient má klinické příznaky (anamnestické nebo aktuální, relevantní výraz podtrhněte):</p> <p><input type="checkbox"/> paréza spastická, chabá obličej, PHK, LHK, PDK, LDK</p> <p><input type="checkbox"/> nepřítomna</p>

<p>12) Mám problémy s chůzí:</p> <p><input type="checkbox"/> kvůli nestabilitě/nejistotě</p> <p><input type="checkbox"/> kvůli křeči/ztuhlosti</p> <p><input type="checkbox"/> kvůli zpomalení</p> <p><input type="checkbox"/> kvůli slabosti</p> <p><input type="checkbox"/> kvůli bolesti</p> <p><input type="checkbox"/> jiný důvod:</p>	<p>12) Pacient má klinické příznaky (anamnestické nebo aktuální):</p> <p><input type="checkbox"/> porucha stoje (upřesněte):</p> <p><input type="checkbox"/> porucha chůze (upřesněte):</p> <p><input type="checkbox"/> nepřítomny</p>
<p>13) Mám bolesti některé části těla. Do závorky uveďte průměrnou intenzitu bolesti na škále od 0 (žádná bolest) do 10 (maximální možná bolest):</p> <p><input type="checkbox"/> hlava/obličej intenzita bolesti:</p> <p><input type="checkbox"/> krk/šíje intenzita bolesti:</p> <p><input type="checkbox"/> horní končetiny intenzita bolesti:</p> <p><input type="checkbox"/> dolní končetiny intenzita bolesti:</p> <p><input type="checkbox"/> záda intenzita bolesti:</p> <p><input type="checkbox"/> jiná část: intenzita bolesti:</p>	<p>13) Pacient má bolesti (anamnestické nebo aktuální, relevantní položku upřesněte):</p> <p><input type="checkbox"/> bolest související s dystonií</p> <p><input type="checkbox"/> bolest nesouvisející s dystonií:</p> <p><input type="checkbox"/> nepřítomny</p>
<p>14) Mám některé další příznaky:</p> <p><input type="checkbox"/> dvojité vidění</p> <p><input type="checkbox"/> zhoršená výslovnost/řeč</p> <p><input type="checkbox"/> zhoršené polykání</p> <p><input type="checkbox"/> problém se spánkem</p> <p><input type="checkbox"/> problém s vyměšováním (moči, stolice)</p> <p><input type="checkbox"/> častější zapomínání</p> <p><input type="checkbox"/> zhoršení nálady, úzkostné stavy</p> <p><input type="checkbox"/> změna chování</p> <p><input type="checkbox"/> záchvatové stavy</p> <p><input type="checkbox"/> jiný problém (upřesněte):</p>	<p>14) Pacient má klinické příznaky (anamnestické nebo aktuální, relevantní položku upřesněte):</p> <p><input type="checkbox"/> porucha okulomotoriky:</p> <p><input type="checkbox"/> dysarthrie/fatická porucha:</p> <p><input type="checkbox"/> dysfagie:</p> <p><input type="checkbox"/> porucha spánku:</p> <p><input type="checkbox"/> autonomní porucha:</p> <p><input type="checkbox"/> kognitivní porucha:</p> <p><input type="checkbox"/> afektivní porucha:</p> <p><input type="checkbox"/> porucha chování:</p> <p><input type="checkbox"/> záchvatové stavy:</p> <p><input type="checkbox"/> jiná porucha:</p> <p><input type="checkbox"/> nepřítomny</p>
<p>15) Léčím se pro tato další onemocnění: upřesněte:</p>	<p>15) stručná osobní anamnéza:</p> <p>.</p>

16) Na příznaky **dystonie** užívám nebo jsem v minulosti užíval(a) některý z těchto léků. Lék, který měl podle Vás nějaký příznivý účinek, podtrhněte:

- botulotoxin (Botox, Dysport, Xeomin, Myobloc)
 - 0-25% průměrné zlepšení dystonie
 - 26-50% průměrné zlepšení dystonie
 - 51-75% průměrné zlepšení dystonie
 - 76-100% průměrné zlepšení dystonie
- Rivotril, Lexaurin, Neurol, Diazepam, Oxazepam
- Baklofen, Sirdalud
- Kemadrin, Akineton
- Isicom, Nakom, Madopar (léky s levodopou)
- jiné léky (upřesněte):

16) Pacient na **dystonii** užívá nebo v minulosti užíval některý z léků následujících skupin (viz níže). Lékovou skupinu s pozitivním efektem na **dystonii** podtrhněte. Jiné léky než na **dystonii** neuvádějte.

- botulotoxin A
- benzodiazepiny
- myorelaxancia
- anticholinergika
- neuroleptika
- dopaminergní terapie
- jiná léčba

jméno osoby, která vyplnila formulář:

.....

datum:

lékař, který vyplnil formulář:

.....

datum: