

PD NMS Questionnaire

Nom: Date: Âge:

Homme Femme

Les problèmes non-moteurs liés à la maladie de Parkinson

Les symptômes de la maladie de Parkinson liés au mouvement sont très bien connus. Par contre, d'autres problèmes peuvent parfois apparaître en raison de cette maladie ou de ses traitements. Il est important que le médecin en soit informé, particulièrement s'ils sont gênants pour vous.

Certains problèmes sont énumérés ci-dessous. S'il-vous-plaît, cochez la case « Oui » si vous avez été incommodé par ce problème **au cours du dernier mois**. Le médecin ou l'infirmière pourrait vous poser quelques questions afin de vous aider à répondre. Si vous **n'avez pas** eu ce problème au cours du dernier mois, cochez la boîte « Non ». Vous devriez répondre « Non » même si vous avez été incommodé par ce problème dans le passé, mais pas au cours du dernier mois.

Avez-vous été incommodé par certains des problèmes suivants au cours du dernier mois?

- | | Oui | Non | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Écoulement de salive durant la journée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Difficulté à se concentrer ou à garder votre attention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Perte ou changement dans votre capacité à goûter ou à sentir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Sensation de tristesse, de déprime ou diminution de l'énergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Difficulté à avaler de la nourriture ou des liquides, ou problème d'étouffement..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Sensation d'anxiété, de peur, de panique ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vomissements ou sensation de malaise (nausées) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Avoir moins d'intérêt pour la sexualité ou plus d'intérêt pour la sexualité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Constipation (moins de trois selles par semaine) ou avoir besoin de fournir un effort soutenu afin d'évacuer une selle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Avoir des difficultés lors des relations sexuelles quand vous essayez | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Incontinence fécale (selle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Se sentir étourdi ou faible lorsque vous êtes debout après avoir été assis ou couché... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sensation que votre intestin n'est pas complètement vidé après être allé à la toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Chute | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sensation d'urgence urinaire qui vous fait courir pour aller à la toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Avoir de la difficulté à rester éveillé lors d'activités telles que travailler, conduire ou manger..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Se lever régulièrement la nuit pour uriner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. Difficulté à vous endormir la nuit ou à resté endormi durant la nuit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Douleur inexplicquée (non causée par une maladie connue telle l'arthrite) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. Rêves intenses, d'apparence réelle ou cauchemars | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Changement inexplicqué de votre poids (non causé par un changement de diète) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. Parler ou bouger durant votre sommeil comme si vous « actez » vos rêves | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Problème à se rappeler des choses qui se sont produites récemment ou oublier de faire des choses..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. Sensations désagréables dans vos jambes le soir ou lorsque vous vous reposez et une sensation que vous avez besoin de bouger .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Perte d'intérêt pour ce qui se passe autour de vous ou pour des activités à faire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. Enflure de vos jambes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Voir ou entendre des choses alors que vous savez, ou que l'on vous a dit, qu'elles ne sont pas là | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. Transpiration excessive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 29. Vision double | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 30. Croire que des choses vous arrivent alors que d'autres personnes vous disent que c'est faux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Toutes les informations que vous donnerez via ce questionnaire seront gardées confidentielles et seront seulement utilisées dans le but pour lequel vous avez complété ce questionnaire.

*L'utilisation du genre **masculin** a été adoptée **afin de faciliter la lecture** et n'a aucune intention discriminatoire.

Le questionnaire français a été validé par Rios Romenets et al. dans *Parkinsonism Relat. Disord.* 2011

Pour plus d'information, contacter : ron.postuma@mcgill.ca