Periodo di osservazione: **dal** ______________________ **al** ______________________

Ore della giornata:

		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	notte
LUN	esercizio fisico																			
	disturbi movimento																			
	complicanze																			
	…………………																			
MAR	esercizio fisico																			
	disturbi movimento																			
	complicanze																			
	…………………																			
MER	esercizio fisico																			
	disturbi movimento																			
	complicanze																			
GIO	esercizio fisico																			
	disturbi movimento																			
	complicanze																			
	…………………																			
VEN	esercizio fisico																			
	disturbi movimento																			
	complicanze																			
	…………………																			
SAB	esercizio fisico																			
	disturbi movimento																			
	complicanze																			
	…………………																			
DOM	esercizio fisico																			
	disturbi movimento																			
	complicanze																			
	…………………																			

Pressione arteriosa (PA)

sdraiato	seduto	eretto	ora

TERAPIA IN CORSO

(nella colonna di sinistra precisare nome completo del farmaco e nelle caselle il dosaggio)

Ore della giornata:

	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	notte

Note:

Legenda:

☐ mettere "X" nella casella corrispondente

- esercizio fisico (yoga, pilates, biodanza, ecc.)

- disturbi movimento (bradicinesia, rigidità, tremore)

- complicanze (on/off, discinesie, freezing, ecc.)

AUTOSSERVAZIONE **Cognome** ____________ **Nome** ____________ **Età** ____ **Peso** (Kg) ____

Diagnosi in data: ____________ ☐ **Parkinson idiopatico** ☐ **Parkinsonismo** ____________

AMP Parkinson Lombardia (ONLUS) tel/fax 02 284 78 92 - 346 695 14 89 info@parkinson-lombardia.it