

Nom :	Étiquettes du patient
Prénom :	
Date de naissance :	
Service :	
Hôpital/Centre MPR :	
Examineur :	
Date du jour :	

Grille d'évaluation de l'UPDRS

État mental, comportemental et thymique

1	Affaiblissement intellectuel	<input type="checkbox"/>
2	Troubles de la pensée	<input type="checkbox"/>
3	Dépression	<input type="checkbox"/>
4	Motivation-initiative	<input type="checkbox"/>

Activités dans la vie quotidienne

	On et Off		
5	Parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Salivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Déglutition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Écriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	S'alimenter et manipuler les couverts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Se retourner dans son lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Chute non lié au piétinement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Piétinement lors de la marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Tremblement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Troubles sensitifs subjectifs liés au parkinsonisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Examen moteur

(Heure : h min.) (D : droite, G : gauche, On ou Off)	D	G
18 Parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Expression faciale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Tremblement de repos <i>Menton-Lèvre</i> <i>Bras</i> <i>Jambes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Tremblement d'action ou postural des mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Rigidité <i>Cou</i> <i>Bras</i> <i>Jambes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Tapotement des doigts (pince pollici-digitale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Mouvements des mains (ouverture/fermeture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Mouvements alternatifs rapides (marionnettes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Agilité de la jambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Se lever d'une chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Posture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Stabilité posturale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Démarche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Bradykinésie corporelle et hypokinésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL sur 108 (items 18 à 31)		<input type="text"/>

Complications du traitement

■ Dyskinésies	
32 Durée	<input type="checkbox"/>
33 Incapacité	<input type="checkbox"/>
34 Dyskinésies douloureuses	<input type="checkbox"/>
35 Dystonie matinale précoce	<input type="checkbox"/>
■ Fluctuations cliniques	
36 Off lié aux prises médicamenteuses	<input type="checkbox"/>
37 Off non lié aux prises médicamenteuses	<input type="checkbox"/>
38 Off soudain	<input type="checkbox"/>
39 % de Off/jour	<input type="checkbox"/>
■ Autres complications	
40 Anorexie	<input type="checkbox"/>
41 Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>
42 Hypotension orthostatique symptomatique	<input type="checkbox"/>

Stade de Hoehn et Yahr

En On : et en Off

Échelle de Schwab et England

En On : % et en Off : %

