

Diario del paciente con párkinson

902 113 942 *Párkinson Responde*

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA:

Día de la semana: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

Horas del día

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

FÁRMACOS PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON																							

SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON Nivel de la molestia: x poca molestia, xx mucha molestia, xxx molestia insoportable.

Horas de sueño																							
Comidas*																							
“On”																							
“On + discinesias”																							
“Off”																							

Anotaciones:

*Comidas: x Comida ligera, xx comida normal, xxx comida copiosa.

