



# NEUROKOGNITIV SYMTOMENKÄT

(CIMP-QUEST™ Version V, 2014)

© Ragnar Åstrand

ragnar.astrand@integrativedialog.se

Denna enkätversion är avsedd endast för  
webbaserad sammanställning, se  
[www.symtomenkaten.se](http://www.symtomenkaten.se)

Namn:

.....

Personnummer:

.....

När en person får minnessvårigheter eller liknande svårtolkade symtom, kan man behöva undersöka om detta beror på någon sjukdom som stör hjärnans funktioner.

För att på säkraste sätt komma fram till rätt diagnos och kunna erbjuda lämplig behandling, måste den utredande läkaren göra en noggrann analys av varje patients speciella symtombild.

Personen kan av olika skäl ha svårt att utförligt beskriva sitt tillstånd. Det är därför av stort värde, om en eller flera anhöriga/närstående omsorgsfullt går igenom detta formulär och ger sin beskrivning av situationen. Den/de som lämnar uppgifterna bör ha känt personen länge och väl känna till hur han/hon har det i sitt dagliga liv.

**Ange om och i vilken utsträckning beskrivna symtom observerats, genom att markera de alternativa påståenden eller svar som stämmer bäst med Din/Er uppfattning. Vissa frågor besvaras separata textrader.**

**Det är viktigt att uppgifterna särskilt belyser det som *förändrats* i personens tillstånd.**

**Personen eller Patienten förkortas på vissa ställen i enkäten till bokstaven P.**

Enkäten besvarad av:

.....

Förhållande till den person som  
enkäten gäller:

Maka / Make    Barn    Syskon

Datum: .....

Annan närstående person:

.....

Om något är oklart, kontakta  
gärna mottagningssköterska: ..... Tel: .....

Genom mottagningssköterskan eller vid mottagningsbesök ges möjlighet att enskilt kommentera eller diskutera enkäten.

*De inhämtade uppgifterna behandlas under sekretess och formuläret kommer att förstöras, när en sammanställning gjorts.*

**P har fått svårare att ...**

Nej

Ja, något/  
IblandJa, uttalat/  
OftaVet inte/  
Kan inte  
bedöma**- utföra vardagliga praktiska sysslor**

trots tillräcklig rörlighet, t ex påklädning, hushållsarbete, handarbete, bilkörning eller användning av olika apparater såsom kaffebruggare, telefon, rakapparat, tvättmaskin eller fjärrkontroll till TV

1

**- följa instruktioner och**

**bruksanvisningar** med gott resultat, t ex vid hopsättning av möbler eller vid montering av apparater/redskap

2

**- hitta rätt väg** vid bilfärd, promenad, köprunda i varuhus eller toalettbesök hemma hos bekanta

3

**- tolka kartor, planskisser, mönster eller ritningar**

4

**- bedöma avstånd och inta rätt kropps-  
läge**, t ex att sätta sig på en stol eller lägga sig i en säng med kroppen rätt placerad

5

**- räkna** och förstå sin ekonomi, t ex växla pengar, betala räkningar, använda checkar och betalkort, kontrollera sina kontoutdrag och förstå pengars värde

6

**- skriva**, t ex skriva brev, meddelanden eller fylla i blanketter

7

**- förstå vad han/hon hör eller läser**, t ex innehållet i brev, tidningar eller program på radio/TV

8

**- känna igen** vardagliga föremål, bilder, symboler eller ansikten på välkända personer

9

**- hitta rätt ord.** Försöker ofta finna ett annat sätt att förklara vad han/hon menar eller talar osammanhängande

10

0

1

2

X

(PT 1–10 = Vanliga symtom vid nedsatt funktion i hjärnans hjäss- och tinninglober)

**P har...**

	Nej	Ja, något/ Ibland	Ja, uttalat/ Ofta	Vet inte/ Kan inte bedöma
- <b>förändrad initiativförmåga.</b> Har t ex svårare att ta sig för sysslor som tidigare varit rutiner eller har blivit överaktiv på ett sätt som skapar problem eller oordning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
- <b>svårare att planera,</b> t ex vad gäller att sköta hemmet, göra inköp eller välja lämpliga kläder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
- <b>försämrat omdöme.</b> Kan göra sådant som innebär risker eller måste redas ut och är <b>mindre noggrann,</b> t ex vid skötsel av hemmet eller den personliga hygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3
- <b>försämrad insikt,</b> t ex om de problem som symtomen leder till i hans/hennes egen situation eller för andra personer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4
- <b>svårare att engagera sig och visa medkänsla</b> i det som tidigare varit viktigt, både vad gäller familjen och samhället i stort. Känsloreaktionerna är svagare, otydligare eller avvikande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5
- blivit mera <b>fåordig</b> och <b>talet flyter sämre.</b> Använder <b>samma ord eller uttryck</b> gång på gång	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6
- <b>förändrat sinne för humor</b> Har svårt att förstå skämt, misstolkar, tar åt sig eller skämtar själv på ett sätt som är olikt honom / henne. Kan verka road och upprymd utan att det tycks finnas orsak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7
- <b>mera onyanserade åsikter,</b> värderingar och synpunkter. Har svårare att ta till sig argument och <b>resonerar ologiskt</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8
- <b>förändrat sitt beteende.</b> Detta kan leda till genanta eller problematiska situationer i sällskapslivet eller samlivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9
- <b>förändrat sina matvanor</b> Hunger, mättnadskänsla eller val av födoämnen är annorlunda än tidigare och bordsskicket kan vara försämrat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10

.....  
0                    1                    2                    X

.....  
(F1–10 = Vanliga symtom vid nedsatt funktion i hjärnans pannlober)

P...

	Nej	Ja, något/ Ibland	Ja, uttalat/ Ofta	Vet inte/ Kan inte bedöma
- <b>tänker trögare</b> och behöver fundera längre innan han/hon svarar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
- <b>reagerar långsammare</b> . Hinner inte med att öka tempot och göra det som behövs då något händer plötsligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
- <b>rör sig långsammare</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3
- <b>rör sig stelare och mera osmidigt</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4
- har <b>förändrat sitt sätt att gå</b> och stegen är korta, trippande eller mera klumpiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5
- har <b>försämrade balans</b> och faller lättare omkull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6
- är <b>fumligare</b> eller har blivit mera <b>darrhäft</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7
- har <b>annorlunda ansiktsuttryck</b> Minspelet är mindre spontant och varierat, vilket gör att det blivit svårare att avläsa känsloläge och reaktioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8
- <b>talar otydligare</b> p g a att uttalet blivit sluddrigt eller p g a att rösten blivit svagare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9
- har <b>svårare att känna när han/hon behöver gå på toaletten</b> , vilket kan leda till att han/hon kissar på sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10
	0	1	2	X

.....  
(SK 1–10 = Vanliga symtom vid nedsatt funktion i djupare delar av hjärnan, under hjärnbarken)

P har svårare att ...	Nej	Ja, något/ Ibland	Ja, uttalat/ Ofta	Vet inte/ Kan inte bedöma
- <b>komma ihåg</b> vad han/hon alldeles nyligen gjort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
- <b>komma ihåg</b> vad som alldeles nyligen sagts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
- <b>komma ihåg</b> vad som ska göras eller kommer att inträffa, t ex beställa tid för något eller uppmärksamma en högtidsdag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3
- <b>komma ihåg</b> utan att bli påmind eller använda minneslappar, almanacka o s v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4
- <b>komma ihåg</b> det som ligger längre tillbaka i tiden och kan ha svårt att minnas i vilken ordning olika minnesvärda händelser inträffat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5
- veta <b>vilken dag</b> det är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6
- veta <b>vilken tid på dygnet</b> det är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7
	0	1	2	X

(M 1–7 = Vanliga symtom på minnesstörning)

P ...

	Nej	Ja, något/ Ibland	Ja, uttalat/ Ofta	Vet inte/ Kan inte bedöma	
- är mera <b>stresskänslig</b> och kan dra sig undan sällskap eller intensiva aktiviteter. Har ett ökat behov av att göra en sak i taget.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
- är mera <b>nedstämd</b> och kan vara dyster, grubblande, ledsen med nedsatt "gnista" eller livslust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
- är mera <b>orolig, rastlös</b> eller har blivit <b>rädd</b> för vissa situationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
- har <b>förändrat sina sovvanor</b> , t ex sover sämre, sover mera eller sover vid andra tider på dygnet än tidigare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
- är mera <b>lättrodd</b> ( gråtmild/"blödig" ) eller <b>växlar humör hastigt</b> utan tydlig orsak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
- har svårare att hejda sig då han/hon blir arg och kan bli <b>hotfull</b> eller <b>våldsam</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
- har blivit <b>misstänksam</b> och kan t ex komma med grundlösa anklagelser, visa obefogad svartsjuka eller känna sig förföljd. P kan även på annat sätt ge uttryck för <b>vanföreställningar</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
- har <b>hallucinationer</b> , d v s ser, hör eller känner sådant som inte existerar i verkligheten, men som han/hon upplever tydligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
- har stundtals eller periodvis blivit <b>förvirrad</b> , d v s hastigt blivit mera oklar i tankarna, fått svårare att orientera sig i tid och rum, visat ett förändrat beteende och fått svårt att komma till ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
- har korta <b>stunder av frånvaro</b> , där han/hon inte reagerar på tilltal eller "fastnar" i en rörelse eller aktivitet på ett sätt som är svårt att bryta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10

.....  
0                      1                      2                      X

.....  
(AS 1 –10 = Vanliga psykiska reaktioner och andra associerade symtom vid sjukdomar som påverkar hjärnan)

## SYMPTOMENKÄTEN, ÖVRIGA FRÅGOR

För hur länge sedan noterades de första symtomen av de som markerats i enkäten?

- mindre än 6 månader    ½-1 år    1-2 år    2-3 år    3-5 år    mera än 5 år

På vilket sätt har symtomen utvecklats?

- Gradvis** - tilltagande på ett smygande sätt  
 **Plötslig förändring** - därefter oförändrat , - därefter förbättring ,  
- därefter stegvis försämring , - därefter smygande försämring   
 **Periodvis återkommande symptom**, däremellan fungerande som tidigare

Varierar symtomen från dag till dag?   Nej    Ibland    Ofta

Vilket/vilka symptom av de som markerats i enkäten var det/de som först observerades?

.....

Vilket/vilka symptom av de som markerats i enkäten är det/de som nu märks tydligast?

.....

Berättar P att han/hon upplever **något symptom som särskilt svårt?**

.....

Känner Du/Ni till någon **speciell händelse** som kan sättas i samband med symtomen eller närmare ange **tidpunkten** då symtomen började visa sig?

.....

Har några av de markerade symtomen lett till **påfrestningar för anhöriga?**

.....

Håller P med om att de symptom Du/Ni angivit i enkäten stämmer?

- Ja    Delvis    Nej    Svårt att diskutera detta med P

Plats för kommentarer: