



Die PSC ist als einfache, leicht auszufüllende Checkliste zur Erfassung der allgemeinen Aspekte der Lebensqualität nach einem Schlaganfall konzipiert. Sie soll mit dem Patienten und, sofern erforderlich, mit Hilfe der Betreuungsperson ausgefüllt werden. Die PSC ermöglicht eine einheitliche Erkennung von Langzeitproblemen bei Schlaganfallpatienten und bietet Empfehlungen für geeignete Massnahmen.

GEBRAUCHSANLEITUNG:

Bitte stellen Sie dem Patienten jede der 11 nachfolgenden Fragen und geben Sie die Antwort im Abschnitt neben der Frage an. Wenn die Antwort eine Massnahme empfiehlt, geben Sie diese Empfehlung bitte an den/die Patienten/in bzw. an die/den Angehörige/n weiter. Andernfalls dokumentieren Sie die Antwort und beobachten Sie den Verlauf bis zum nächsten zu vereinbarenden Termin.

1. SEKUNDÄRE PRÄVENTION

Haben Sie seit Ihrem Schlaganfall oder der letzten Kontrolluntersuchung Empfehlungen zur Reduzierung Ihrer Risikofaktoren erhalten?	<input type="checkbox"/> NEIN	Wenden Sie sich bitte an Ihre Schlaganfall-Nachsorgeambulanz oder Ihren Hausarzt für eine weitere Beratung
	<input type="checkbox"/> JA	Beobachtung des Krankheitsverlaufs

2. AKTIVITÄTEN DES TÄGLICHEN LEBENS (ADL [ACTIVITIES OF DAILY LIVING])

Finden Sie es seit Ihrem Schlaganfall oder der letzten Kontrolluntersuchung <u>schwieriger</u> , für sich selbst zu sorgen?	<input type="checkbox"/> NEIN	Beobachtung des Krankheitsverlaufs
	<input type="checkbox"/> JA	Haben Sie Schwierigkeiten beim Anziehen, Waschen und/oder Baden? Haben Sie Schwierigkeiten beim Zubereiten warmer Getränke und/oder Mahlzeiten? Haben Sie Schwierigkeiten, nach draußen zu kommen? Falls eine der Antworten zutrifft wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt, Physio- oder Ergotherapeuten für eine weitere Beratung

3. MOBILITÄT

Fällt es Ihnen seit Ihrem Schlaganfall oder der letzten Kontrolluntersuchung <u>schwerer</u> , zu gehen oder sicher vom Bett zum Stuhl zu bewegen?	<input type="checkbox"/> NEIN	Beobachtung des Krankheitsverlaufs
	<input type="checkbox"/> JA	Erhalten Sie weiterhin Therapie (PT,ET,L)? Falls nein wenden Sie sich bitte an Ihre Nachsorgeambulanz oder Ihren Nachsorgearzt

4. SPASTIZITÄT

Haben Sie seit Ihrem Schlaganfall oder der letzten Kontrolluntersuchung <u>zunehmende</u> Steifheit in den Armen, Händen und/oder Beinen?	<input type="checkbox"/> NEIN	Beobachtung des Krankheitsverlaufs
	<input type="checkbox"/> JA	Beeinträchtigt dies die Aktivitäten des täglichen Lebens? Falls ja wenden Sie sich an Ihren Neurologen oder die Nachsorgeambulanz für eine weitere Abklärung und Behandlung

5. SCHMERZEN

Haben Sie seit Ihrem Schlaganfall oder der letzten Kontrolluntersuchung irgendwelche <u>neuen</u> Schmerzen?	<input type="checkbox"/> NEIN	Beobachtung des Krankheitsverlaufs
	<input type="checkbox"/> JA	Bitte wenden Sie sich an Ihre Nachsorgeambulanz oder Ihren Neurologen für eine weitere Abklärung und Behandlung.

6. INKONTINENZ

Haben Sie seit Ihrem Schlaganfall oder der letzten Kontrolluntersuchung mehr Probleme bei der Kontrolle von Blase oder Stuhlgang?

NEIN

Beobachtung des Krankheitsverlaufs

JA

Wenden Sie sich an Ihren Hausarzt oder Neurologen für eine weitere Abklärung und Behandlung

7. KOMMUNIKATION

Fällt es Ihnen seit Ihrem Schlaganfall oder der letzten Kontrolluntersuchung schwerer, mit anderen zu kommunizieren?

NEIN

Beobachtung des Krankheitsverlaufs

JA

Bitte wenden Sie sich an Ihren Logopäden oder Neurologen für eine weitere Abklärung und Behandlung

8. GEMÜTSVERFASSUNG

Fühlen Sie sich seit Ihrem Schlaganfall oder der letzten Kontrolluntersuchung ängstlicher oder niedergeschlagener als vorher?

NEIN

Beobachtung des Krankheitsverlaufs

JA

Bitte wenden Sie sich an Ihren Neurologen oder Hausarzt zur weiteren Abklärung

9. KOGNITION

Fällt es Ihnen seit Ihrem Schlaganfall oder der letzten Kontrolluntersuchung schwerer zu denken, sich zu konzentrieren oder sich an Dinge zu erinnern?

NEIN

Beobachtung des Krankheitsverlaufs

JA

Beeinträchtigt dies Aktivitäten oder die Teilnahme daran?

Falls Ja wenden Sie sich an eine Nachsorgeambulanz oder Ihren Neurologen

10. LEBEN NACH DEM SCHLAGANFALL

Fällt es Ihnen seit Ihrem Schlaganfall oder der letzten Kontrolluntersuchung schwerer, für Sie wichtige Dinge zu tun (z. B. Freizeitaktivitäten, Hobbys, Arbeit, Beziehung zu nahestehenden Personen)?

NEIN

Beobachtung des Krankheitsverlaufs

JA

Bitte wenden Sie sich an eine Selbsthilfeorganisation (z.B. Schlaganfall-Gesellschaft oder Schlaganfallselbsthilfegruppe)

11. BEZIEHUNG ZU PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN

Ist die Beziehung zu Ihren pflegenden Angehörigen seit Ihrem Schlaganfall oder seit der letzten Kontrolluntersuchung komplizierter oder schwieriger geworden?

NEIN

Beobachtung des Krankheitsverlaufs

JA

Bitte wenden Sie sich zusammen mit Ihrem Angehörigen an den Hausarzt, an Ihren Neurologen oder an eine Schlaganfall- Selbsthilfeorganisation