

# Clinical Questionnaire

Record ID: \_\_\_\_\_

---

---

## CLINICAL INFORMATION/INFORMATIONS CLINIQUES

\*\*To be completed by coordinator during study visit by asking the patient and later confirming data from patient chart. \*\*

\*\*Doit être complété par le coordinateur(trice) durant la visite d'étude en demandant au patient et en confirmant l'information avec le dossier du patient.\*\*

Questionnaire completed by:

Questionnaire complété par:

---

(Name of staff completing questionnaire/Nom du membre du personnel qui a complété le questionnaire)

---

---

## DIAGNOSIS/DIAGNOSTIC

Was the patient diagnosed with Parkinson's disease?  
Est-ce que le patient a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson?

- Yes/Oui  
 No/Non  
 Uncertain/Incertain

If applicable, what is the level of certainty of the diagnosis?  
Si possible, quel est le niveau de certitude du diagnostic?

- >90% (high certainty/haute certitude)  
 59-89% (likely/probable)  
 < 50% (unlikely/peu probable)  
 Unknown/inconnu

How was the diagnosis confirmed?  
Comment le diagnostic a-t-il été confirmé?

- Patient chart/dossier médical  
 General neurologist/neurologue général  
 Movement disorders neurologist/neurologue spécialiste des troubles du mouvement  
 Other/Autre

If other, please specify:  
Veuillez préciser si autre:

---

What is the date of PD diagnosis?/Quelle est la date de diagnostic de la maladie de Parkinson?

---

(Date of Parkinson's disease diagnosis/Date de diagnostic de la maladie de Parkinson)

What is the duration of Parkinson's disease? (months)  
Quelle est la durée de la maladie de Parkinson?  
(mois)

If 'No' or 'Uncertain', is the diagnosis....

Si la réponse est > ou >, le diagnostic est-il....

- ...Progressive Supranuclear Palsy (PSP)/paralysie supranucléaire progressive (PSP)
- ...Multiple System Atrophy (MSA)/Atrophie multisystématisée (AMS)
- ...Corticobasal Syndrome (CBS)/Dégénérescence cortico-basale (DCB)
- ...Dementia with Lewy Bodies (DLB)/Démence à corps de Lewy (DCL)
- ...Frontotemporal Dementia (FTD)/Dégénérescence fronto-temporale (DFT)
- ...Essential Tremor (ET)/Tremblements essentiel (TE)
- ...REM Sleep Behaviour Disorder (RBD)/trouble du comportement en sommeil paradoxal (TCSP)
- ...Not Determined/Non déterminé

---



---

## MOTOR SYMPTOMS/SYMPTÔMES MOTEURS

What were the first symptoms?

Quels étaient les premiers symptômes de la maladie?

- Tremor/Tremblements
- Muscle stiffness (Rigidity)/Rigidité musculaire
- Slowness of movement or weak feeling (Bradykinesia)/Lenteur de mouvement ou sensation de faiblesse (Bradykinésie)
- Postural instability or balance problem/Instabilité posturale ou problème d'équilibre
- Gait problems/Troubles de la marche
- Other/Autre

Please specify other symptoms:

Veuillez préciser quels autres symptômes :

\_\_\_\_\_

(Other symptoms/Autres symptômes)

Date when the symptoms first appear:

Date d'apparition des premiers symptômes :

\_\_\_\_\_

(Date of first symptoms/Date des premiers symptômes)

Duration since symptoms first appear: (months)

Durée depuis l'apparition des premiers symptômes: (mois)

What is your dominant hand?

Quelle est votre main dominante?

- Right hand/Main droite
- Left hand/Main gauche
- Ambidextrous/Ambidextre

When the symptoms began, did the symptoms present on one side or both sides of your body?

Les symptômes sont-ils apparus d'un seul côté ou des deux côtés de votre corps?

- Left side/Côté gauche
- Right side/Côté droit
- Both sides/Deux côtés
- Not Determined/Non déterminé

What symptoms are currently present?  
Quels sont les symptômes présents actuellement?  
(Please check all that apply)

- Tremor/Tremblements
- Muscle stiffness (Rigidity)/Rigidité musculaire
- Slowness of movement or weak feeling (Bradykinesia)/Lenteur de mouvement ou sensation de faiblesse (Bradykinésie)
- Postural instability or balance problem/Instabilité posturale ou problème d'équilibre
- Gait problems/Troubles de la marche
- Other/Autre

Please specify other symptoms:  
Veuillez préciser quels autres symptômes:

---

Do the symptoms affect both sides of your body now?  
Les symptômes affectent-ils désormais les deux côtés de votre corps?

- Yes (both sides affected equally)/Oui (également des deux côtés)
- Yes (both sides affected, one side affected more)/Oui (deux côtés affectés mais, un côté plus affecté que l'autre)
- No (still affects only one side)/Non (affecté seulement d'un côté)
- Not Applicable/Non applicable

Do you currently have dyskinesia? (involuntary movements such as writhing, wriggling, twisting, head bobbing, body swaying)  
Le patient souffre-t-il actuellement de dyskinésies? (mouvement involontaire tels que gigotement, torsion, tordage, mouvement de la tête et du corps)

- Yes/Oui
- No/Non
- Uncertain/Incertain

What impact do the dyskinesia have on your daily activities?  
Quel est l'impact des dyskinésies sur vos activités quotidiennes?

- No impact/Aucun impact
- Minimal impact/Impact minimal
- Moderate impact/Impact modéré
- Major impact/Impact majeur

Do you experience freezing of gait?  
Resentez-vous du blocage moteur?

- Yes/Oui
- No/Non
- Uncertain/Incertain

What impact does the freezing of gait have on your daily activities?  
Quel est l'impact du blocage moteur sur vos activités quotidiennes?

- No impact/Aucun impact
- Minimal Impact/Impact minimal
- Moderate Impact/Impact modéré
- Major Impact/Impact majeur

Have you fallen in the last 3 months?  
Avez-vous fait des chutes dans les trois derniers mois?

- Yes/Oui
- No/Non

How many times did you fall?  
Combien de fois avez-vous chuté?

\_\_\_\_\_  
(Number of falls/Nombre de chutes)

Can you stand unaided?  
Pouvez-vous vous lever sans aide?

- Yes/Oui  
 No/Non

Can you engage in activities outside of the home unaccompanied?  
Pouvez-vous faire des activités à l'extérieur de la maison sans accompagnement?

- Yes/Oui  
 No/Non

Do you experience motor fluctuations? (On/Off periods)  
Ressez-vous des fluctuations motrices? (Période On/Off)

- Never/Jamais  
 Occasionally/Occasionnellement  
 Frequently/Fréquemment  
 Not Applicable/Non applicable

What impact do the motor fluctuations (On/Off periods) have on your daily activities?  
Quel impact ont les fluctuations motrices (Période On/Off) sur vos activités quotidiennes?

- No impact/Aucun impact  
 Minimal impact/Impact minimal  
 Moderate impact/Impact modéré  
 Major impact/Impact majeur

Was the patient ON or OFF during the visit?  
Le patient était-il ON ou OFF durant la visite?

- ON  
 OFF  
 Somewhere in between/Entre deux  
 Not Applicable/Non applicable

Do you feel that your medication was working during the study visit?  
Pensez-vous que vos médicaments fonctionnent bien présentement (réduction significative des symptômes au moment de la visite)?

- Yes/Oui  
 No/Non  
 Working somewhat/Fonctionne un peu  
 Not Applicable/Non applicable

---

---

## MOTOR AND NEUROPSYCHOLOGICAL ASSESSMENTS

\*\*H&Y for the coordinator to assess, diagnosis of dementia to be filled out from the patient chart\*\*

\*\*Évaluation H&Y pour la ou le coordinateur(trice), diagnostic de démence doit être complété avec une fiche de patient / dossier médical\*\*

Hoehn & Yahr Rating Scale:

Échelle d'évaluation Hoehn & Yahr:

- (1) Unilateral involvement only, usually with minimal or no functional disability/Impact unilatéral seulement, généralement avec une invalidité fonctionnelle minime ou nulle
- (2) Bilateral involvement without impairment of balance/Impact bilatéral sans perte d'équilibre
- (3) Bilateral disease: mild to moderate disability/Maladie bilatérale: invalidité légère à modérée avec réflexes posturaux altérés; physiquement indépendant with impaired postural reflexes; physically independent
- (4) Severely disabling disease; still able to walk or stand unassisted/Maladie gravement invalidante; toujours capable de marcher ou de rester debout sans aide
- (5) Confinement to bed or wheelchair unless aided/Confiné à un lit ou un fauteuil roulant sauf si aidé

Does the patient have dementia?

Est-ce que le patient est atteint de démence?

- Yes/Oui
- No/Non

Date dementia was diagnosed:

Date du diagnostic de démence:

\_\_\_\_\_  
(Dementia diagnosis date/Date du diagnostic de démence)

Duration since demantia diagnosis: (months)

Durée depuis le diagnostic de démence: (mois)

\_\_\_\_\_

## **SURGERIES/CHIRURGIES**

Has the patient had surgery for Parkinson's?

Le patient a-t-il/elle eu une ou des chirurgies pour la maladie de Parkinson?

- Yes/Oui
- No/Non

Please specify type of surgery:

Veuillez préciser le type de chirurgie:

- Lesioning: Thalamotomy/Lésion: Thalamotomie
- Lesioning: Pallidotomy/Lésion: Pallidotomie
- DBS -Thalamic/SCP -Thalamique
- DBS - GPi/SCP - GPi
- DBS - STN/SCP - STN
- HIFU
- Jejunostomy (for Duodopa)/Jéjunostomie (pour Duodopa)
- Other/Autre

Please specify other surgery:

Veuillez préciser si autre chirurgie:

\_\_\_\_\_  
(Other surgery/Autre chirurgie )

---

---

**ADDITIONAL COMMENTS/COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES**

Additional Comments:  
Commentaires supplémentaires:

---

(Any additional comments/Commentaires supplémentaires)