



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"/> <b>NEIN</b> →	
	<input type="checkbox"/> <b>JA</b> →	Beobachtung des Krankheitsverlaufs

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

Finden Sie es seit Ihrem Schlaganfall oder der letzten Kontrolluntersuchung <b>schwieriger</b> , für sich selbst zu sorgen?	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b> →	Beobachtung des Krankheitsverlaufs
	<input type="checkbox"/> <b>JA</b> →	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?

### 3. MOBILITÄT

Fällt es Ihnen seit Ihrem Schlaganfall oder der letzten Kontrolluntersuchung <b>schwerer</b> , zu gehen oder sicher vom Bett zum Stuhl zu bewegen?	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b> →	Beobachtung des Krankheitsverlaufs
	<input type="checkbox"/> <b>JA</b> →	Erhalten Sie weiterhin Therapie (PT,ET,L)?

### 4. SPASTIZITÄT

Haben Sie seit Ihrem Schlaganfall oder der letzten Kontrolluntersuchung <b>zunehmende</b> Steifheit in den Armen, Händen und/oder Beinen?	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b> →	Beobachtung des Krankheitsverlaufs
	<input type="checkbox"/> <b>JA</b> →	Beeinträchtigt dies die Aktivitäten des täglichen Lebens?

### 5. SCHMERZEN

Haben Sie seit Ihrem Schlaganfall oder der letzten Kontrolluntersuchung irgendwelche <b>neuen</b> Schmerzen?	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b> →	Beobachtung des Krankheitsverlaufs
	<input type="checkbox"/> <b>JA</b> →	

## 6. INKONTINENZ

Haben Sie seit Ihrem Schlaganfall oder der letzten Kontrolluntersuchung <u>mehr</u> Probleme bei der Kontrolle von Blase oder Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b> →	Beobachtung des Krankheitsverlaufs	
	<input type="checkbox"/> <b>JA</b> →		

## 7. KOMMUNIKATION

Fällt es Ihnen seit Ihrem Schlaganfall oder der letzten Kontrolluntersuchung <u>schwerer</u> , mit anderen zu kommunizieren?	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b> →	Beobachtung des Krankheitsverlaufs	
	<input type="checkbox"/> <b>JA</b> →		

## 8. GEMÜTSVERFASSUNG

Fühlen Sie sich seit Ihrem Schlaganfall oder der letzten Kontrolluntersuchung ängstlicher oder niedergeschlagener als vorher?	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b> →	Beobachtung des Krankheitsverlaufs	
	<input type="checkbox"/> <b>JA</b> →		

## 9. KOGNITION

Fällt es Ihnen seit Ihrem Schlaganfall oder der letzten Kontrolluntersuchung <u>schwerer</u> zu denken, sich zu konzentrieren oder sich an Dinge zu erinnern?	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b> →	Beobachtung des Krankheitsverlaufs	
	<input type="checkbox"/> <b>JA</b> →	Beeinträchtigt dies Aktivitäten oder die Teilnahme daran?	

## 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)?	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b> →	Beobachtung des Krankheitsverlaufs	
	<input type="checkbox"/> <b>JA</b> →		

## 11. BEZIEHUNG ZU PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN

Ist die Beziehung zu Ihren pflegenden Angehörigen seit Ihrem Schlaganfall oder seit der letzten Kontrolluntersuchung komplizierter oder schwieriger geworden?	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b> →	Beobachtung des Krankheitsverlaufs	
	<input type="checkbox"/> <b>JA</b> →		