



Original language: English

Translation to: Hebrew

Date of translation: 1.10.24

Translation team

Project leader: Alona Emodi-Perlman
Team Leader: Alona Emodi-Perlman
Study Coordinator 1: Alona Emodi-Perlman
Study coordinator 2: Efraim Winocur
Study Coordinator 3: Irene Wind-Emodi
Forward translator 1: Pessia Friedman-Rubin
Forward translator 2: Tzvika Greenbaum
Back- translator 1: Ilana Eli
Back- translator 2: Lihi Keren

Collaborators

Expert panellist 1: Dalit Renert
Expert panellist 2: Ilana Eli
Expert panellist 3: Tamar Shalev Antsel
Expert panellist 4: Anna Yael Czygrinov
Expert panelist 5: Eyal Shlomo Winocur

●●● מיסודה של אחוות אלפה
אומנה הבינלאומית
Founded by Alpha
Omega International
Dental Fraternity

The Maurice and Gabriela
Goldschleger School of
Dental medicine
Sackler Faculty of Medicine
Tel Aviv University

בית הספר לרפואת שיניים
ע"ש מוריס וגבריאלה
גולדשלגר
הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
אוניברסיטת תל אביב



Translation available at
www.bruxism-project.com

Copyright © 2024



שאלון לאבחון ברוקסיזם STAB

השאלון מנוסח בלשון זכר, אך ההתייחסות היא לנשים ולגברים כאחד

פרטים אישיים

מין

זכר

נקבה

אחר

גיל _____ גובה _____ משקל _____

מצב משפחתי נוכחי?

נשוי

חי בזוגיות כנשוי

גרוש

פרוד

אלמן

מעולם לא נישאתי

לבעלי אזרחות ישראלית:

מהו המוצא האתני המייצג אותך טוב ביותר?

יהודי

מוסלמי

נוצרי

דרוזי

בדואי

צ'רקסי

אחר פרט _____

לבעלי אזרחות זרה: אנא פרט מהי אזרחותך _____



מהי השכלתך (ציין את הגבוהה ביותר שהשלמת)?

חינוך חובה בלבד (פחות מ-12 שנות לימוד)

בגרות מלאה

לימודים אקדמיים ללא תואר

תואר אקדמי ראשון (BA)

תואר אקדמי שני או יותר (MA, PhD.....)

●●●
מיסודה של אחוות אלפה
אומנה הבינלאומית
Founded by Alpha
Omega International
Dental Fraternity

**The Maurice and Gabriela
Goldschleger School of
Dental medicine**
Sackler Faculty of Medicine
Tel Aviv University

בית הספר לרפואת שיניים
ע"ש מוריס וגבריאלה
גולדשלגר
הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
אוניברסיטת תל אביב



ציר A- הערכת מצב הברוקסיזם והשלכותיו



שאלון דיווח עצמי-למילוי ע"י המטופל

A1. דיווח על ברוקסיזם בשינה

A1.1. שאלת ברוקסיזם בשינה

בהתבסס על החודש האחרון, באיזו תדירות הינך מהדק או חורק שיניים במהלך השינה (על סמך כל מידע שיש בידך)?

אף פעם

פחות מלילה/ בחודש

1-3 לילות/בחודש

1-3 לילות/שבוע

4-7 לילות/שבוע

לא יודע

A1.1.1. שאלת ברוקסיזם בשינה בעבר

האם בעבר הידקת או חרקת שיניים, בהסתמך על כל מידע שיש בידך?

לא

כן

לא יודע

A2. דיווח על ברוקסיזם בערות

A2.1. שאלת חריקת שיניים בערות

בהתבסס על החודש האחרון, באיזו תדירות הינך חורק שיניים בזמן ערות?

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

לא יודע

A2.1.1. שאלת חריקת שיניים בערות בעבר

האם נהגת לחרוק שיניים בזמן ערות בעבר?

לא

כן

לא יודע



A2.2 שאלת הידוק שיניים בערות

בהתבסס על החודש האחרון, באיזו תדירות הינך מהדק שיניים בזמן ערות ?

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

לא יודע

A2.2.1 שאלת הידוק שיניים בערות בעבר

האם נהגת להדק שיניים בזמן ערות בעבר?

לא

כן

לא יודע

A2.3 שאלת מגע בין השיניים בערות

בהתבסס על החודש האחרון, באיזו תדירות הינך לוחץ, נוגע, או מביא שיניים נגדיות למגע מלא שלא בזמן האוכל (כלומר קיים מגע בין השיניים של הלסת העליונה ותחתונה)?

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

לא יודע

A2.3.1 שאלת מגע בין השיניים בערות בעבר

האם נהגת ללחוץ, לגעת, או להביא את השיניים הנגדיות למגע מלא שלא בזמן האוכל (כלומר קיים מגע בין השיניים של הלסת העליונה ותחתונה)?

לא

כן

לא יודע

A2.4 שאלת מגע בין הלסתות בערות

בהתבסס על החודש האחרון, באיזו תדירות הינך מחזיק, מהדק, או מכווץ את השרירים, ללא הידוק או מגע של השיניים אלה באלה?

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

לא יודע



A2.4.1 שאלת כיווץ הלסתות בערות בעבר

האם נהגת להחזיק, להדק, או לכווץ את השרירים, ללא הידוק או מגע של השיניים אלה באלה?

לא

כן

לא יודע

A3. תלונות המטופל

הפרעות תפקודיות במערכת הלעיסה

A3.1 כאב TMD

במהלך 30 הימים האחרונים, כמה זמן חשת כאב באזור הלסת או הרקה בכל אחד מהצדדים או בשני הצדדים?

ללא כאב

הכאב בא והולך

הכאב קיים תמיד

A3.2 כאב או נוקשות בשעת היקיצה

במהלך 30 הימים האחרונים, האם חווית תחושת כאב או נוקשות בלסתות בשעת היקיצה (כשאתה מתעורר)?

לא

כן

A3.3 נעילה סגורה

במהלך ה 30 ימים האחרונים, האם קרה לך שהלסת התחתונה נתפסה או ננעלה, אפילו לרגע, כך שלא היית מסוגל לפתוח את הפה עד הסוף?

לא

כן

A3.4 שינוי הכאב בזמן פעילות הלסת

במהלך 30 הימים האחרונים, אלו מהפעילויות הבאות שינו את הכאב (כלומר, הקלו או החמירו) באזור הלסת או הרקה, בכל אחד מהצדדים או בשני הצדדים?

לעיסת מזון קשה או סיבי

פתיחת פה או הזזת הלסת קדימה או הצידה

הרגלים לסת כגון החזקת השיניים יחד, הידוק, חריקת השיניים, או לעיסת מסטיק

פעילויות אחרות המערבות את הלסת כגון דיבור, נישוק, או פיהוק

A3.5 רעשי מפרק

במהלך 30 הימים האחרונים, האם הבחנת ברעשים במפרקי הלסת בזמן תזוזה או שימוש בלסת?

לא

כן



A3.6 כאב שרירי בזמן עירות

במהלך 30 הימים האחרונים, האם חשת כאב בשרירי הפנים במהלך כל אחד מהזמנים המצוינים?

לא חשתי כאב כלל

בין שעת היקיצה לארוחת הבוקר

בין ארוחת הבוקר וארוחת הצהריים

בין ארוחת הצהריים לארוחת ערב

בין ארוחת ערב לזמן השינה

A3.6.1 עייפות/לאות או חולשה בשרירי הלסת בזמן ערות

במהלך 30 הימים האחרונים, האם חשת עייפות/לאות או חולשה בשרירי הלסת במהלך כל אחד מהזמנים המצוינים?

בין שעת היקיצה לארוחת הבוקר

בין ארוחת הבוקר וארוחת הצהריים

בין ארוחת הצהריים לארוחת ערב

בין ארוחת ערב לזמן השינה

A3.7 שאלון תסמינים בזמן יקיצה

האם הנך מודע לאחד מהתסמינים הבאים בזמן היקיצה:

הרגשת עייפות, כאב או מתח בלסת, הרגשה שהשיניים מהודקות והפה כואב

כאב ברקה

הרגשת מתח בלסת התחתונה עם יקיצה כך שקיים צורך להזיז אותה מצד לצד על מנת לשחרר את הלסת

קושי בפתיחה גדולה של הפה בזמן היקיצה

שמיעה או הרגשה של קליק (רעש) בזמן היקיצה כשאני מניע את הלסת התחתונה (פותח את

הפה או מזיז אותה לצדדים) שנעלם לאחר מכן

כאב ראש

A3.8 כאב ראש

במהלך 30 הימים האחרונים, האם סבלת מכאבי ראש שכללו את אזור הרקה?

לא

כן

אם כן-במשך כמה ימים?



שחיקת שיניים

A3.9 שחיקת שיניים

האם אתה חש אחד מהתסמינים הבאים בשל שחיקת שיניים?

רגישות ו/או כאב

בעיות תפקודיות (קושי בלעיסה ואכילה)

החמרה במראה האסתטי (פגיעה באיך שהשיניים נראות)

שחיקה או התפוררות של השיניים או של שחזורים (סתימות)

פגיעה בדיבור

טינטון

A3.10 טינטון (זמזום, צלצול או רעשים באוזניים כאשר אין רעש חיצוני כלל)

האם אתה שומע רעשים או צלצולים באוזניים (טינטון)?

לא

כן

יובש פה וריור

A3.11 יובש פה

האם אתה מרגיש יובש בפה ?

אף פעם

לפעמים

לעתים קרובות

A3.12 ריור

האם אתה חש ריור (בריחה לא מכוונת של רוק מהפה) במהלך השינה?

איני חש כלל ריור במהלך השינה

הכרית שלי נרטבת מדי פעם במהלך שינה

הכרית שלי נרטבת לעיתים תכופות במהלך השינה

הכרית שלי נרטבת תמיד במהלך שינה

כל לילה הכרית שלי כמו גם המצעים נרטבים



הערכה קלינית- למילוי ושימוש הבודק

A4. מפרקים ושרירים

A4.1 אבחנות TMD

אנא סמן את נוכחות האבחנות הבאות

A4.1.1 הפרעות כאב

* יש לסמן חלק זה אך ורק במידה ושאלה A3.3 (TMD PAIN SCREENER) נענתה באופן חיובי על ידי המטופל.

Myalgia

Myofascial pain with spreading

Myofascial pain with referral

Right arthralgia

Left arthralgia

Headache attributed to TMD

A4.1.2 הפרעות במפרק ימין

*אנא ציין האם האבחנה מתבססת על בדיקה קלינית או על הדמייה

בדיקה קלינית בלבד _____

תוספת הדמייה _____

Disc displacement with reduction

Disc displacement with reduction, with intermittent locking

Disc displacement without reduction with limited opening

Disc displacement without reduction without limited opening

Degenerative joint disease

Subluxation

A4.1.3 הפרעות במפרק שמאל

*אנא ציין האם האבחנה מתבססת על בדיקה קלינית או על הדמייה

בדיקה קלינית בלבד _____

תוספת הדמייה _____

Disc displacement with reduction

Disc displacement with reduction, with intermittent locking

Disc displacement without reduction with limited opening

Disc displacement without reduction without limited opening

Degenerative joint disease

Subluxation

A4.2 היפרטרופיה של שריר המסטר

ציין נוכחות של היפרטרופיה מסטרית

שמאל

ימין



A5. רקמות אינטרא-אוראליות ופרופיל פנים

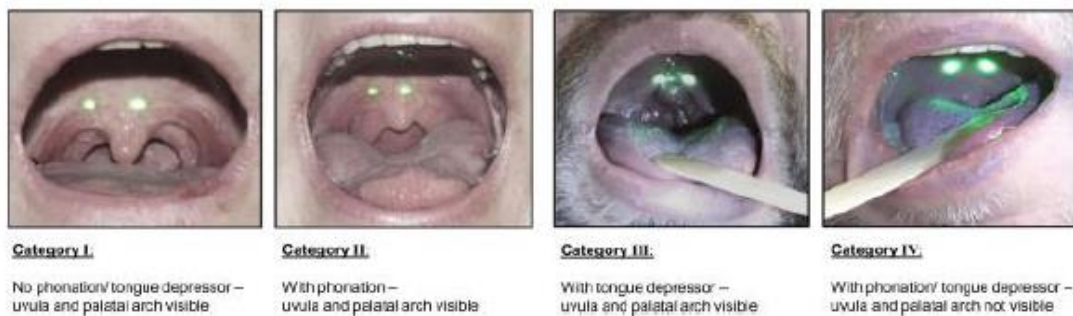
A5.1 רקמות רכות וקשות

אנא סמן את נוכחות הסימנים הבאים:

לינאה אלבה (סימון על גבי הרירית באזור הלחיים)	שמאל	ימין
סימני שניים על גבי השפה:	עליון	תחתון
סימני שניים על גבי הלשון	שמאל	ימין
במרכז:		
כיב בלשון:	שמאל	ימין
Mandibular Alveolar bone exostosis	בוקאלית	לינגואלית
Maxillary Alveolar bone exostosis	בוקאלית	לינגואלית
	במרכז	מרכז החיך

*במידה וקיים ממצא או רקמה נוקשה עם שוליים- יש צורך בהמשך בירור דחוף

A5.2 Modified Friedman Tongue position



A5.3 Skeletal Class



Class 1

Class 2

Class 3



A5.4 Skeletal profile (Optional Item)

Normodivergent profile (medium gonial angle)

Hypodivergent profile (low gonial angle)

Hyperdivergent profile (high gonial angle)





A6. שיניים ושחזורים

A6.1 הערכת שחיקה-כמותית

עבור המשטחים הסגריים והלהביים, יש לרשום את הערך הגבוה ביותר בכל סקסטנט.

	Sextant 1	Sextant 2	Sextant 3	Sextant 4	Sextant 5	Sextant 6
Occlusal/Incisal						
Palatal						

0=היעדר בלייה נראית

1=בלייה נראית בשכבת האמייל

2=בלייה עם דנטין חשוף ואובדן גובה כותרת קלינית $\geq 1/3$.

3= בלייה עם דנטין חשוף ואובדן גובה כותרת קלינית $< 1/3$ אך $> 2/3$.

4= בלייה עם דנטין חשוף ואובדן גובה כותרת קלינית $\leq 2/3$.

עבור משטחים שאינם סגריים או להביים, יש לרשום את הערך הגבוה ביותר.

דרגה 0=היעדר בלייה נראית

דרגה 1=בלייה נראית בשכבת האמייל

דרגה 2=בלייה עם חשיפת דנטין

A61.1 פירוט שחיקת שיניים נוסף

*במידה ובאחד המקטעים דרגת השחיקה נמצאה ≤ 2 , יש צורך בפירוט נוסף כדלקמן:

פסטות מבריקות חלקות

שחיקה באמייל ובדנטין באותה דרגה

פסטות תואמות בשני משטחים אוקלזליים הבאים במגע זה עם זה

שברים בתלוליות או שחזורים

אינדנטציות בלחי, לשון ו\או שפה.

NCCL-נגע ממוקם באזורים צווארים לא עששתיים

NCCL-מיקום בוקאלי\צווארי יותר רחב מאשר עמוק

פגיעה באזור צווארי והתלוליות של המלתעות

סדקים באמייל

טורוס מנדיבולרי



A6.4 הערכת סד סגרי (במידה והסד הסגרי הינו קשיח) אנא ציין את הסימנים הבאים:

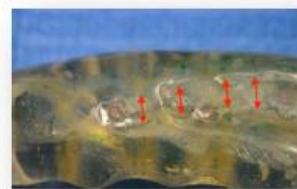
- | | | | |
|---|------|-------|------|
| נוכחות סימני חריקה (לדוגמה: פסי חריצה) | שמאל | קדימה | ימין |
| נוכחות סימני הידוק (לדוגמה: נקודות עגולות שקועות) | שמאל | קדימה | ימין |
| שילוב של סימני חריקה והידוק | שמאל | קדימה | ימין |
| שברים או ניקוב | שמאל | קדימה | ימין |



Example of grinding marks



Example of clenching marks.



Example of combined marks.



הערכה מבוססת מיכשור דיווח טכנולוגי

A7. ברוקסיזם בשינה

A7.1 אלקטרומיוגרפיה (EMG)

Number of masseter events over 10% MVC _____

Bruxism time index (if available) _____

Bruxism work index (if available) _____

A7.2 פוליסומנוגרפיה (אופציונאלי)

Number of arousal-related SB events _____

Number of arousal-unrelated SB events _____

Bruxism time index (if available) _____

Bruxism work index (if available) _____

A7.3 שיטות אחרות (אופציונאלי)

Smartphone application scores for grinding sounds.

A7.4 סד עם סנסור (אופציונאלי)

Number of events of bite pressure



A8. ברוקסיזם בערות

A8.1 איסוף בזמן אמת (EMA) - דיווח במשך 7 ימים

מצב	Additional week(s) (in %)	Week 1 (in %)
שרירי לסת רפויים (ללא מגע בין השיניים)		
הידוק לסתות בזמן ערות (ללא מגע בין השיניים)		
הידוק שיניים בזמן ערות (מגע קל ויציב)		
הידוק שיניים בזמן ערות (מגע חזק ויציב)		
חריקת שיניים בזמן ערות		

A8.2 אלקטרומיוגרפיה (EMG) בזמן ערות

Number of masseter events over 10% MVC _____

Bruxism time index _____

Bruxism work index _____

A8.3 שיטות נוספות

A9. כלים נוספים

A9.1 הערכת חומציות אינטרה-אוראלית (אופציונאלי)

PH של הרוק בזמן מנוחה _____

כמות זרימה של הרוק בזמן מנוחה _____

PH של הרוק בזמן גירוי _____

כמות זרימה של הרוק בזמן גירוי _____



ציר B- גורמי סיכון, גורמים אטיולוגיים ומצבים נלווים



B1. הערכה פסיכוסוציאלית

דיווח עצמי

B1.1 איתור חרדה ודכאון

במהלך השבועיים האחרונים, באיזו תדירות היית מוטרד מכל אחת מן הבעיות הבאות ?

1. מרגיש עצבני, חרד, או מתוח מאוד

כלל לא

כמה ימים

יותר ממחצית מן הימים

כמעט כל יום

2. לא מסוגל להפסיק לדאוג או לשלוט בדאגה

כלל לא

כמה ימים

יותר ממחצית מן הימים

כמעט כל יום

3. עניין או הנאה מועטים מעשיית דברים

כלל לא

כמה ימים

יותר ממחצית מן הימים

כמעט כל יום

4. תחושת דכדוך, דיכאון, או חוסר תקווה

כלל לא

כמה ימים

יותר ממחצית מן הימים

כמעט כל יום



B1.2 התמודדות

שקול עד כמה ההצהרות הבאות מתארות את ההתנהגויות והפעולות שלך.

1. אני מחפש דרכים יצירתיות לשנות מצבים קשים.

לא מתאר אותי כלל
לא מתאר אותי
אין לי דעה בנושא
מתאר אותי
מתאר אותי היטב

2. ללא קשר למה שקורה לי, אני מאמין כי אני יכול לשלוט בתגובה שלי לכך.

לא מתאר אותי כלל
לא מתאר אותי
אין לי דעה בנושא
מתאר אותי
מתאר אותי היטב

3. אני מאמין שאני יכול להשתפר ולהתפתח בצורה חיובית על ידי התמודדות עם מצבים קשים.

לא מתאר אותי כלל
לא מתאר אותי
אין לי דעה בנושא
מתאר אותי
מתאר אותי היטב

4. אני מחפש באופן פעיל דרכים להחליף את האבדות בהם אני נתקל בחיי.

לא מתאר אותי כלל
לא מתאר אותי
אין לי דעה בנושא
מתאר אותי
מתאר אותי היטב

B2. איתור מצבים הקשורים לשינה

דיווח עצמי

B2.1 שאלון (STOP BANG)

נא לסמן איזו מהשאלות הבאות נענתה בחיוב

האם אתה נחר בקול רם?

האם אתה עייף או ישנוני, לעתים קרובות במשך היום?

האם מישוהו ראה אותך מפסיק לנשום או נחנק/משתנק במהלך השינה?

האם אתה מטופל או טופלת ללחץ דם גבוה?

האם ה-BMI שלך גדול מ-35?

רוחב צוואר LARGE (43 ס"מ או יותר עבור גברים, 41 ס"מ או יותר עבור נשים)

מגדר=זכר?



B2.2 איתור אינסומניה

אנא ציין איזה מההצהרות הבאות מתארות את מצבך

אני מתקשה להירדם
מחשבות רצות במוחי ומונעות ממני לישון
אני חווה קושי בשינה מספר פעמים בשבוע
אני מתעורר ולא יכול לחזור לישון
אני מודאג מדברים וחווה קושי להירגע
אני מתעורר בבוקר מוקדם משהייתי רוצה
אני שוכב ער למשך חצי שעה או יותר לפני שאני נרדם

B2.3 איתור הפרעות תנועה מחזורית בתנועות הגפיים (PERIODIC LIMB MOVEMENT) ורגל

חסרת מנוחה (RESTLESS LEG)

אנא ציין איזה מההצהרות הבאות מתארות את מצבך

חוץ מזמן אימון גופני, אני חש מתח ברגליי
שמתי לב (או אחרים העירו לי) שחלקים מגופי מתכווצים/ נעים/ זזים/ מפרפרים כשאני ישן
נאמר לי שני בועט במהלך השינה
בזמן שאני מנסה לישון אני חווה הרגשת כאב או כבדות ברגליי
אני חווה כאב והתכווצויות ברגליי במהלך הלילה
לפעמים אני לא מצליח לשמור את רגליי שקטות רגועות ללא תנועה במהלך הלילה, אני מרגיש עייף
במהלך היום

B2.4 התנהגויות אוראליות – מנח שינה

בהסתמך על ה-30 ימים האחרונים, באיזו תכיפות אתה ישן בתנוחה שיוצרת לחץ על הלסתות ?

אף פעם
מעט מהזמן
חלק מהזמן
רוב הזמן
כל הזמן



B3. איתור מצבים שאינם קשורים לשינה

דיווח עצמי

B3.1 התנהגויות אוראליות (ORAL BEHAVIORS)-פעילויות במשך שעות הערות
באיזו תדירות אתה מבצע כל אחת מהפעילויות המפורטות, בהסתמך על ה- 30 ימים האחרונים?

Q7. מחזיק או מבליט את הלסת קדימה או הצידה

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רוב הזמן

כל הזמן

Q8. דוחק את הלשון בחוזקה נגד השיניים

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רוב הזמן

כל הזמן

Q9. ממוקם את הלשון בן השיניים

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רוב הזמן

כל הזמן

Q10. נושך, לועס או משחק עם הלשון, הלחיים או השפתיים

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רוב הזמן

כל הזמן

Q11. מחזיק את הלסת במנח נוקשה או מתוח, על מנת לקבע או להגן על הלסת

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רוב הזמן

כל הזמן



Q12. מחזיק חפצים בן השיניים או נושך חפצים כגון שיער, מקטרת, עיפרון, עטים, אצבעות,

ציפורניים וכדומה

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רוב הזמן

כל הזמן

Q13. לועס מסטיק

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רוב הזמן

כל הזמן

Q14. מנגן בכלי נגינה המערב שימוש בפה או בלסת (לדוגמא כלי נשיפה, כלי מיתר)

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רוב הזמן

כל הזמן

Q15. נשען עם היד על הלסת, כגון השענת או הנחת הסנטר בתוך כף היד

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רוב הזמן

כל הזמן

Q16. לועס על צד אחד בלבד

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רוב הזמן

כל הזמן

Q17. אוכל בן הארוחות

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רוב הזמן

כל הזמן



Q18. דיבור ממושך (לדוגמה, הוראה, מכירות, שירות לקוחות)

אף פעם
מעט מהזמן
חלק מהזמן
רוב הזמן
כל הזמן

Q19. שירה

אף פעם
מעט מהזמן
חלק מהזמן
רוב הזמן
כל הזמן

Q20. פיהוק

אף פעם
מעט מהזמן
חלק מהזמן
רוב הזמן
כל הזמן

Q21. אוחז בטלפון בין הראש לכתפיים

אף פעם
מעט מהזמן
חלק מהזמן
רוב הזמן
כל הזמן

B3.2 שימוש בטלפון סלולרי (אופציונאלי)

זמן מסך ממוצע/ליום _____

B3.3 הפרעות מוטוריות של אזור הפה והפנים (אורו-פאציאליות)

האם הנך סובל או אובחנת כסובל מאחד מהמצבים הבאים?

Orofacial Dyskinesia
Oromandibular Dystonia
Parkinson's Disease
Huntington's Disease
Tourette's Syndrome
Hemifacial Spasms
Tardive Dyskinesia



**B3.4 איתור רפלוקס ממקור הקיבה (גסטרו אינטסטינאלי)
כמה פעמים בשבוע מופיעים התסמינים הבאים?**

א. תחושת שריפה מאחורי עצם החזה (צרבת)

0 ימים
1 יום
2-3 ימים
4-7 ימים

ב. תכולת הקיבה עולה לגרון או לפה (פליטה)

0 ימים
1 יום
2-3 ימים
4-7 ימים

ג. כאב באזור מרכז רם הבטן

0 ימים
1 יום
2-3 ימים
4-7 ימים

ד. בחילה

0 ימים
1 יום
2-3 ימים
4-7 ימים

ה. בעיה בשינה בשל צרבת או מלאות בקיבה פליטה (עליית מזון מהקיבה)

0 ימים
1 יום
2-3 ימים
4-7 ימים

ו. צורך בכדורים ללא מרשם - נוגדי צרבת או עליית מזון מהקיבה

0 ימים
1 יום
2-3 ימים
4-7 ימים



B3.5 איתור מחלות אוטואימוניות או מחלות של רקמת החיבור

האם אובחנת עם אחד מהמצבים הבאים?

Rheumatoid Arthritis ראומטואיד ארטריטיס

Lupus לופוס

מחלות ראומטיות אחרות כולל דאבת (FIBROMYALGIA) (פיברומיאליגיה)

מחלות סיסטמיות אחרות, כולל סקלרוזיס סיסטמי, פולימיאליגיה ראומטית, מחלות מעורבות של רקמת החיבור (systemic sclerosis, rheumatic polymyalgia, mixed connective tissue disease)
(Disease)

B3.6 הפרעות קשב וריכוז (ADHD)

האם אובחנת כסובל מהפרעת קשב וריכוז (ADHD)

לא

כן

B4. תרופות מרשם ושמוש בחומרים

דיווח עצמי

B4.1 חומרים (סמים)

אנא סמן האם אתה משתמש בסמי רחוב למטרות חברתיות

אם כן, ציין באלו חומרים אתה משתמש חברתית _____

B4.2 תרופות

האם בעת זו אתה מטופל באחת מהתרופות הבאות?

Antidepressants (e.g., Selective serotonin-reuptake inhibitors)

Benzodiazepines

Neuroleptics, Antipsychotics, Antiemetics (Dopamine antagonists)

ADHD medication

Anti-allergic medication

Medical marijuana CBD

Medical marijuana TSH

Opioids

אחר _____

במידה וכן, אנא מנה את שמות כל התרופות ואת מינון.



B4.3 טבק

האם אתה מעשן או צורך מוצרי טבק?

לא

כן

הפסקתי

אם כן, כמה סיגריות/ביום הנך מעשן? מספר _____

B4.4 אלכוהול

האם אתה נוהג לשתות משקאות אלכוהוליים (בירה, יין, ליקרים)?

לא

כן

הפסקתי

אם כן, מה היא הכמות אותה אתה שותה (כוסות/ליום)? _____

B4.5 משקאות קלים

האם אתה נוהג לשתות באופן קבוע משקאות מוגזים (לדוגמא, קולה-רד בול-ספרייט-פאנטה)?

לא

כן

הפסקתי

אם כן, מה היא הכמות אותה אתה שותה (כוסות/ליום)? _____

B4.6 מיצים ופירות

האם אתה נוהג לשתות באופן קבוע מיץ או פירות הדר (לדוגמא, לימון, תפוז, אשכולית)?

לא

כן

הפסקתי

אם כן, מה היא הכמות אותה אתה שותה (כוסות/ליום)? _____

B4.7 קפאין

האם אתה נוהג לשתות באופן קבוע קפה, תה או כל משקה אחר המכיל קפאין?

לא

כן

הפסקתי

אם כן, מה היא הכמות אותה אתה שותה (כוסות/ליום)? _____



B5. איתור פקטורים נוספים – משפחתיים

B5.1 ברוקסיזם במשפחה

האם ידוע לך אם מישהו במשפחתך (לדוגמא, אבא, אמא, ילדים) חורק או מהדק שיניים (ברוקסיזם)?

לא

כן אבא/ אמא/ בן/ בת/ סבא/ סבתא
לא יודע

B5.2 שחיקת שיניים במשפחה

האם ידוע לך אם למישהו במשפחתך (לדוגמא, אבא, אמא, ילדים) יש שיניים שחוקות?

לא

כן אבא/ אמא/ בן/ בת/ סבא/ סבתא
לא יודע

B5.3 חסם דם נשימתי במשפחה

האם ידוע לך אם מישהו במשפחתך (לדוגמא, אבא, אמא, ילדים) סובל מדום נשימתי חסימתי (OSA)?

לא

כן אבא/ אמא/ בן/ בת/ סבא/ סבתא
לא יודע

B5.4 כאב פנים ולסתות במשפחה

האם ידוע לך למישהו במשפחתך (לדוגמא, אבא, אמא, ילדים) יש כאב פנים שאינו ממקור דנטלי?

לא

כן אבא/ אמא/ בן/ בת/ סבא/ סבתא
לא יודע

B5.5 רפלוקס במשפחה

האם ידוע לך למישהו במשפחתך (לדוגמא, אבא, אמא, ילדים) אובחן כסובל מהחזר קיבתי-ושטי (רפלוקס -GERD)?

לא

כן אבא/ אמא/ בן/ בת/ סבא/ סבתא
לא יודע