

Forward translation 1-STAB

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

גרש

פרוד

אלמן

מעולם לא נישאתי

מוצא

ישראלי/יהודי

ישראלי/מוסלמי

ישראלי/נוצרי

ישראלי/דרוזי

אחר פרט _____

מהי דרגת הלימודים הגבוהה ביותר שהשלמת?

חינוך חובה >16

בגרות מלאה

לימודים אקדמיים

דרגה ראשונה אקדמית

דרגה שנייה אקדמית

ציר A- הערכת מצב הברוקסיזם והשלכותיו

+ שאלון דיווח עצמי-למלוי ע"י המטופל

A1 : דיווח על ברוקסיזם בשינה

A1.1. בהתבסס על החודש האחרון, באיזו תדירות הינך מהדק או חורק שניים 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. האם בעבר הידקת או חרקת שניים, בהסתמך על כל מידע שיש בידך

לא

כן

לא יודע

A 2 דיווח על ברוקסיזם בערות

A2.1 שאלה בנושא חריקת שיניים בערות

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

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

לא יודע

A2.1.1 שאלת חריקת שניים בערות בעבר

האם נהגת לחרוק שניים בזמן ערות בעבר?

לא

כן

לא יודע

A2.2 שאלה בנושא הידוק שיניים בערות

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

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

לא יודע

A2..2.1 שאלת הידוק שיניים בערות בעבר

האם נהגת להדק שניים בזמן ערות בעבר?

לא

כן

לא יודע

A2.3 שאלת מגע בן השניים בערות

בהתבסס על החודש האחרון, באיזו תדירות הינך לוחץ, נוגע, או מביא שיניים למגע מלא שלא בזמן האוכל (כלומר קיים מגע בין שיניים עליונות ותחתונות)?

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

לא יודע

A2.3.1 שאלת מגע בן השניים בערות בעבר

האם נהגת ללחוץ, לגעת, או להביא את השיניים למגע מלא שלא בזמן האוכל (כלומר קיים מגע בין שיניים עליונות ותחתונות)?

לא

כן

לא יודע

A2.4 שאלת מגע בן הלסתות בערות

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

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

לא יודע

1. A2.4 שאלת מגע בן הלסתות בערות בעבר

האם נהגת להחזיק, להדק, או למתוח את שרירי הלעיסה, 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 נמשך הכאב באזור הלסת או הרכה בכל אחד מהצדדים או בשני הצדדים?

ללא כאב

כאב בא והולך

כאב קיים תמיד

A3.2 כאב או נוקשות בשעת היקיצה

במהלך 30 הימים האחרונים, האם חווית תחושת כאב או נוקשות בלסתות בשעת היקיצה?

לא

כן

A3.3 נעילה סגורה

במהלך ה 30 ימים האחרונים, האם קרה לך שהלסת 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

לא

כן

פתיחת פה או הזזת הלסת קדימה או הצידה

לא

כן

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

לא

כן

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

לא

כן

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 הלסת במהלך כל אחד מהזמנים המצוינים?

בן שעת היקיצה לארוחת הבוקר

בן ארוחת הבוקר וארוחת הצהריים

בן ארוחת הצהריים לארוחת ערב

בן ארוחת ערב לזמן השינה

A3.6.1 עיפות או חולשה לאות בשרירי הלסת בזמן עירות

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

בן שעת היקיצה לארוחת הבוקר

בן ארוחת הבוקר וארוחת הצהריים

בן ארוחת הצהריים לארוחת ערב

בן ארוחת ערב לזמן השינה

A3.7 שלון תסמינים בזמן יקיצה

האם הנך מודע לכל אחד מהתסמינים הבאים בזמן היקיצה

הרגשת עייפות, כאב או מתח בלסת, הרגשה שהשניים מהודקות והפה כואב.

כאב ברקה

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

קושי בפתיחה גדולה של הפה בזמן היקיצה

שמיעה או הרגשה של קליק (רעש) בלסת בזמן היקיצה שנאלם לאחר מכן

כאב ראש

A3.8 כאב ראש

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

לא

כן

שחיקת שיניים

A3.9 שחיקת שיניים

האם אתה חש כל אחד מהתסמינים הבאים בשל שחיקת שיניים?

רגישות ו/או כאב

לא

כן

בעיות תפקודיות (קושי בלעיסה ואכילה)

לא

כן

החמרה במראה האסתטי (פגיעה באטרקטיביות נראות השניים)

לא

כן

התפוררות הרקמה הקשה של השן ושל שיחזורים (סתימות)

לא

כן

פגיעה בדיבור

לא

כן

טינטון

A3.10 טינטון

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

לעיתים קרובות

A3.12 ריור

האם אתה חש **נזילת** **הגרת** **אובדן** רוק במהלך השינה?

איני חש כלל נזילת רוק במהלך הלילה

הכרית שלי נרטבת מדי פעם במהלך הלילה

הכרית שלי נרטבת באופן קבוע במהלך הלילה

הכרית שלי נרטבת תמיד במהלך הלילה

כל לילה הכרית שלי כמו גם המצעים נרטבים

+ הערכה קלינית- למלוי ע"י 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 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

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

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 הסמנים הבאים:

	שמאל	ימין	לינאה אלבה:
	עליון	תחתון	סמני שניים על גבי השפה:
במרכז	שמאל	ימין	סמני שניים על גבי הלשון
	שמאל	ימין	כיב בשפה במרכז

אקזוסטוזה (בלט) אלבאולארית מנדיבולארית

אקזוסטוזה (בלט) אלבאולארית מקסילארית

מרכז החך

Modified Friedman Tongue position A5.2

Skeletal Class A5.3

Skeletal profile A5.4

A6. שניים ושחזורים

A6.1 הערכת שחיקה-כמותית

ציין את הערך הגבוהה ביותר בכל סקסטנט. עבור המשטחים ה- סגרי/להבי, יש לרשום את הערך הגבוהה ביותר

	Sextant 1 (18-14)		Sextant 2 (13-23)		Sextant 3 (24-28)	
	Occlusal		Incisal		Occlusal	
			Sextant 2			
			Palatinal			
	Sextant 6 (48-44)		Sextant 5 (43-33)		Sextant 4 (34-38)	
	Occlusal		Incisal		Occlusal	

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 הגבוהה ביותר

דרגה 0=היעדר בלייה נראית

דרגה 1= בלייה נראית בשכבת האמייל

דרגה 2=בלייה עם חשיפת דנטין ($> 50\%$ מהמשטח)

דרגה 3=בלייה עם חשיפת דנטין ($\leq 50\%$ מהמשטח)

דרגה 4=בלייה עם חשיפת דנטין (אובדן מלא של רקמת האמייל או חשיפת רקמת המח)

A61.1 פירוט שחיקת שניים 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 אוקלזלים 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 המלעות

סדקים באמייל

טורוס מנדיבולרי

A6.2 בדיקה פריודונטלית ובדיקת שניים

אנא ציין את מס השניים עם הסימנים הבאים:

Sextant 1	Sextant 2	Sextant 3	Sextant 4	Sextant 5	Sextant 6	
						ניידות
						רגישות לחם/קור
						אי נוחות/כאב בלעיסה
						שניים שבורות

A6.3 שיחזורים

אנא ציין את מס השניים עם הסימנים הבאים:

Sextant 1	Sextant 2	Sextant 3	Sextant 4	Sextant 5	Sextant 6	
						שחזורים חסרים/שבורים
						שחזורים חרוצים שחוקים
						שברים בחרסינה
						שתלים ניידים
						שתלים שבורים
						השתחררות בורג של שתל

A6.4 הערכת סד סגרי (במידה והסד הסגרי הינו קשיח)

אנא ציין את הסימנים הבאים:

מקדימה	ימין	שמאל	נוכחות סמני חריקה (לדוג:פסי חריקה,מסלולי חריקה) :
מקדימה	ימין	שמאל	נוכחות סמני הידוק (לדוג: כמו נקודות עגולות שקועות)
מקדימה	ימין	שמאל	שילוב של סמני חריקה והידוק:
מקדימה	ימין	שמאל	שברים או ניקוב

הערכה מבוססת מיכשור דיווח טכנולוגי

A7. ברקסיזם בשינה

A7.1 אלקטרומיוגרפיה (EMG)

Number of masseter events over 10% MVC _____

Bruxism time index (if available) _____

Bruxism work index (if available) _____

A7.4 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. ברקסיזם בערות

A8.1 איסוף בזמן אמת (EMA)

מצב	שבוע 1 (%)	שבוע נוסף (%)
-----	------------	---------------

שרירי לסת רפויים (ללא מגע בן השניים)

הידוק לסתות בזמן עירות (ללא מגע בן השניים)

הידוק שניים בזמן עירות (מגע קל ויציב)

הידוק שניים בזמן עירות (מגע חזק ויציב)

חריקת שניים בזמן עירות

A8.2 אלקטרומיוגרפיה (EMG) בזמן עירות

Number of masseter events over 10% MVC _____

Bruxism time index _____

Bruxism workindex _____

A8.3 שיטות נוספות

A9. כלים נוספים

A9.1 הערכת חומציות אינטרא-אוראלית (אופציונאלי)

PH של הרוק בזמן מנוחה _____

כמות זרימה של הרוק בזמן מנוחה _____

PH של הרוק בזמן גרוי _____

כמות זרימה של הרוק בזמן גרוי _____

ציר B- גורמי סיכון, גורמים אטיולוגיים, מצבים נלווים

B1. הערכה פסיכוסוציאלית

B1.1 איתור חרדה ודכאון

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

כאשר כלל לא = 0

כמה ימים = 1

יותר ממחצית מן הימים = 2

כמעט כל יום = 3

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

ניטראלי אין לי דעה

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

ניטראלי אין לי דעה

מתאר אותי

מתאר אותי היטב

3. אני מאמין שאני יכול לצמוח להתפתח בצורה חיובית על ידי התמודדות עם מצבים קשים.

לא מתאר אותי כלל

לא מתאר אותי

ניטראלי אין לי דעה

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

ניטראלי לא מתאר אותי כלל

מתאר אותי

מתאר אותי היטב

B2. איתור מצבים הקשורים לשינה

B2.1 שאלון סטופ בנג (STOP BANG)

האם אתה נוחר בקול רם?

האם אתה עייף או ישנוני, לעתים קרובות במשך היום?

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

האם אתה מטופל או טופלת ללחץ דם גבוהה?

BMI < 35?

גיל מבוגר מ 50?

רוחב צוואר (43 סמ או מידת L לגברים: 41 סמ או L לנשים)

B2.2 איתור אינסומניה

אנא ציין איזה מההצהרות הבאות מתארות את מצבך

קשה לי להרדם

מחשבות רצות במוחי ומונעות ממני לישון

אני חווה קושי בשינה מספר פעמים בשבוע

אני מתעורר ולא יכול לחזור לישון

אני מודאג מדברים וחווה קושי להרגע

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) ו-רגל חסרת מנוחה (RESTLESS LEG)

אנא ציין איזה מההצהרות הבאות מתארות את מצבך

חוץ מזמן אימון גופני, אני חש מתח ברגליי

שמת לי לב (או אחרים העירו לי) שחלקים מגופי מתכווצים נעים זזים מפרפרים בשאני ישן

נאמר לי שאני 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

רב הזמן

כל הזמן

B3. איתור מצבים שאינם קשורים לשינה דיווח עצמי

B3.1 התנהגויות אוראליות (ORAL BEHAVIORS)

מחזיק או מבליט את הלסת קדימה או הצידה

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

דוחק את הלשון בחוזקה נגד השניים

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

ממקם את הלשון בן השניים

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

נושך,לועס או משחק עם הלשון, הלחיים או השפתיים

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

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

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

מחזיק חפצים בן השניים או נושך, חפצים כגון שיער, מקטרת, עיפרון, עטים, אצבעות, ציפורניים וכדומה

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

לועס מסטיק

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

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

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

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

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

לועס אוכל על צד אחד בלבד

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

אוכל בן הארוחות

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

דיבור ממושך (לדוגמא, הוראה, מכירות, שירות לקוחות)

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

שירה

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

פיהוק

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

אוחז בטלפון בן הראש לכתפיים

אף פעם

מעט מהזמן

חלק מהזמן

רב הזמן

כל הזמן

B3.2 שימוש בטלפון סלולרי (אופציונאלי)

זמן מסך ממוצע/ליום

B3.3 הפרעות מוטוריות אורופאציאליות

האם הנך סובל או אובחנת מסימנים של אחד מהמצבים הבאים

Orofacial Dyskinesia

Oromandibular Dystonia

Parkinson's Disease

Huntington's Disease

Tourette's Syndrome

Hemifacial Spasms

Tardive Dyskinesia

B3.4 איתור רפלקס גסטרו אינטסטינאלי

כמה פעמים בשבוע מופיעים הסימפטומים 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. בעייה בשינה בשל צרבת או **מלאות בקיבה פליטה** **עליית מזון מהקיבה**

0 ימים

1 ימים

2-3 ימים

4-7 ימים

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

0 ימים

1 ימים

2-3 ימים

4-7 ימים

B3.5 איתור מחלות אוטואימוניות או מחלות של רקמת החיבור

האם אובחנת עם אחד מהמצבים הבאים?

ראומטואיד ארטריטיס

לופוס

מחלות ראומטיות אחרות כולל דאבת (פיברויאלגיה)

מחלות סיסטמיות אחרות, כולל סקלרוזיס סיסטמי, פולימיאלגיה ראומטית, **מחלות מעורבות של רקמת החיבור**

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 חברתי או בסמי רחוב

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 **רשום 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 או שותה** לשתות משקאות אלכוהוליים (בירה, יין, ליקרים)?

לא

כן

הפסקתי

B4.5 משקאות קלים

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

לא

כן

הפסקתי

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

B5. איתור פקטורים נוספים – משפחתיים

B5.1 ברוקסיזם במשפחה או משפחתי

האם ידוע לך אם למי מבני משפחתך (לדוגמא, אבא, אמא, ילדים) יש או קיימת היסטוריית ברוקסיזם?

לא

כן אבא/אמא/בן/בת/סבא/סבתא

לא יודע

B5.2 שחיקת שיניים במשפחה או משפחתי

האם ידוע לך אם למי מבני משפחתך (לדוגמא, אבא, אמא, ילדים) יש שחיקת שיניים?

לא

כן אבא/אמא/בן/בת/סבא/סבתא

לא יודע

B5.3 חסם דם נשימתי במשפחה או משפחתי

האם ידוע לך אם למי מבני משפחתך (לדוגמא, אבא, אמא, ילדים) יש חסם דם נשימתי (OSA)?

לא

כן אבא/אמא/בן/בת/סבא/סבתא

לא יודע

B5.4 כאב פנים ולסתות במשפחה או משפחתי

האם ידוע לך אם למי מבני משפחתך (לדוגמא, אבא, אמא, ילדים) יש כאב פנים שאינו ממקור דנטלי?

לא

כן אבא/אמא/בן/בת/סבא/סבתא

לא יודע

B5.5 רפלוקס במשפחה או משפחתי

האם ידוע לך אם למי מבני משפחתך (לדוגמא, אבא, אמא, ילדים) יש רפלוקס (GERD) מאובחן?

לא

כן אבא/אמא/בן/בת/סבא/סבתא

לא יודע