

Forward translation 2-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

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

בדאי להתייעץ עם לשכת האוכלוסין או אחר....

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, Ph.D., ...)

ציר A- הערכת מצב הברוקסיזם והשלכותיו

+ שאלון דיווח עצמי-למלוי ע"י המטופל

1 A : 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

2 A דיווח על ברוקסיזם בערות

A2.1 שאלה בנושא 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 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 שיניים 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 נגדיות למגע מלא שלא בזמן האוכל (כלומר קיים מגע בין שיניים של הלסת העליונה ותחתונה)?

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 הנגדיות למגע מלא שלא בזמן האוכל (כלומר קיים מגע בין שיניים של הלסת העליונה ותחתונה)?

לא

כן

לא יודע

A2.4 שאלת מגע בן 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?

לא 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

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 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 (כן/לא)

בין ארוחת הבוקר וארוחת הצהריים (כן/לא)

בין ארוחת הצהריים לארוחת ערב (כן/לא)

בין ארוחת ערב לזמן השינה (כן/לא)

A3.7 שאלון תסמינים בזמן יקיצה

האם הנך מודע לאחד מהתסמינים הבאים בזמן היקיצה:

הרגשת עייפות, כאב או מתח בלסת, הרגשה שהשניים מהודקות והפה כואב (כן/לא)

כאב ברקה (כן/לא)

הרגשת מתח בלסת התחתונה עם יקיצה כך שקיים צורך להזיז אותה מצד לצד על מנת לשחרר את הלסת (כן/לא)

קושי בפתיחה גדולה של הפה בזמן היקיצה (כן/לא)

שמיעה או הרגשה של קליק (רעש) בזמן היקיצה כשאני מניע את הלסת התחתונה (פותח את הפה או מזיז אותה לצדדים) שנאלם לאחר מכן (כן/לא)

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 אחד מהתסמינים הבאים בשל שחיקת שיניים?

רגישות ו/או כאב

לא

כן

בעיות תפקודיות (קושי בלעיסה ואכילה)

לא

כן

החמרה במראה האסתטי (פגיעה **איך שהשיניים נראות**)

לא

כן

שחיקה או התפוררות של השיניים או של שחזורים (סתימות)

לא

כן

פגיעה בדיבור

לא

כן

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 וריר

A3.11 יובש פה

האם אתה מרגיש יובש בפה ?

אף פעם

לפעמים

לעיתים קרובות

A3.12 ריר

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 באופן קבוע במהלך השינה

הכרית שלי נרטבת תמיד במהלך שינה

כל לילה הכרית שלי כמו גם המצעים נרטבים

מהו ההבדל בין בתשובות הללו?

+ הערכה קלינית- למילוי 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

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 הסמנים הבאים:

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

לינגואלית	בוקאלית	Mandibular Alveolar bone exostosis
לינגואלית	בוקאלית	Maxillary Alveolar bone exostosis
		מרכז החך

A5.2 Modified Friedman Tongue position

A5.3 Skeletal Class

A5.4 Skeletal profile

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

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

	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	

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 אוקלזליים הבאים במגע זה עם זה

שברים בתלוליות או שחזורים

אינדנטציות בלחי, לשון ו\או שפה.

NCCL-נגע ממוקם באזורים צווארים לא עשתיים

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 שחזורים

אנא ציין את מס' השניים עם הסימנים הבאים:

Sextant 1	Sextant 2	Sextant 3	Sextant 4	Sextant 5	Sextant 6	
						שחזורים חסרים/שבורים
						שחזורים שרוטים
						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:

נוכחות סמני חריקה (לדוגמה: **פסי חריצה**): שמאל ימין מקדימה

נוכחות סמני הידוק (לדוגמה: **נקודות עגולות שקועות**) שמאל ימין מקדימה

שילוב של סמני חריקה והידוק: שמאל ימין מקדימה

שברים או ניקוב שמאל ימין מקדימה

PH של הרוק בזמן גירוי _____

כמות זרימה של הרוק בזמן גירוי _____

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

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

B2.1 שאלון סטופ בנג (STOP BANG)

האם אתה נוחר בקול רם?

האם אתה עייף או ישנוני, לעתים קרובות במשך היום?

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

האם אתה מטופל או טופלת ללחץ דם גבוה?

BMI < 35?

גיל מבוגר מ 50?

רוחב צוואר (43 ס"מ או מידת L לגברים: 41 ס"מ או L לנשים)

זה שאלון או בדיקה מקצועית?

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) 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 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

רב הזמן

כל הזמן

B.3 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 (לדוגמה, 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 של אזור הפה והפנים (אורופאציאליות)

האם הנך סובל או אובחנת בסובל מאחד מהמצבים הבאים?

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

B3.4 איתור רפלקס 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 צרבת?)

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. הבעיה 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
Lupus

ראומטואיד ארטריטיס
לופוס

מחלות ראומטיות אחרות כולל דאבת (פיברויאלגיה FIBROMYALGIA)

מחלות סיסטמיות אחרות, כולל סקלרוזיס סיסטמי, פולימיאליגיה ראומטית, מחלות מעורבות של רקמת החיבור (systemic sclerosis, rheumatic polymyalgia, mixed connective tissue 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 (בוסות/ליום)? _____

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**

האם ידוע לך אם למישהו במשפחתך (לדוגמא, אבא, אמא, ילדים) חורקים או מהדקים 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 למישהו 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 (רפלוקס - GERD)?

לא

כן אבא/ אמא/ בן/ בת/ סבא/ סבתא

לא יודע