

FORWARD TRANSLATION 1

Strumento standardizzato per la Valutazione del Bruxismo

STAB

Strumento completo

VERSIONE ITALIANA

Dicembre 2022

Indice

Questionari Demografici	Pagina	3
Asse A – Valutazione dello stato e delle conseguenze del Bruxismo		4
Valutazione Basata sul Soggetto (SBA) – Autovalutazione		5
A1. Resoconto sul Bruxismo Notturmo		5
A2. Resoconto sul Bruxismo Diurno		6
A3. Reclami del Paziente		8
Valutazione Basata sulla Clinica (CBA) – Resoconto dell'Esaminatore		11
A4. Articolazioni e Muscolatura		11
A5. Tessuti Intraorali e Extraorali		12
A6. Denti e Restauri		13
Valutazione Basata sugli Strumenti (IBA) – Resoconto Tecnologico		15
A7. Bruxismo notturno		15
A8. Bruxismo diurno		16
A9. Strumenti aggiuntivi		17
Asse B – Fattori Eziologici, di Rischio e condizioni di Comorbidità		18
B1. Valutazione Psicologica		19
B2. Valutazione Concomitante di Condizioni relative al sonno		21
B3. Valutazione Concomitante di Condizioni non relative al sonno		22
B4. Valutazione sui Medicinali prescritti e utilizzo di sostanze		26
B5. Valutazione su fattori aggiuntivi		28

Strumento standardizzato per la Valutazione del Bruxismo (STAB)

Questionari Demografici

Sesso

Maschio

Femmina

Non Specificato/Altri

Età

Altezza

Peso

Quale è il suo stato coniugale?

Sposato/a

Convivenza

Divorziato/a

Separato/a

Vedovo/a

Nubile

A che etnia appartiene? Segni tutte le opzioni necessarie.

Asiatico/a

Afro-Americano/a

Caucasico/a

Altre (Specificare)

Quale è il più alto grado o livello di educazione che ha conseguito?

Scuola obbligatoria (<16 anni)

Scuole di secondo grado (es., superiori) fino ai 18 anni

Università parziale (senza Laurea)

Laureato/A

Livello post-Laurea

ASSE A - Valutazione dello stato e delle conseguenze del Bruxismo

Valutazione Basata sul Soggetto (SBA) – Autovalutazione

A1. Resoconto sul Bruxismo Notturno

A1.1 DOMANDE SUL BRUXISMO NOTTURNO

Durante l'ultimo mese, quanto frequentemente ha serrato o digrignato i suoi denti mentre dormiva (basato sulle informazioni che possiede)?

Mai

Meno di una notte al mese

1-3 notti al mese

1-3 notti a settimana

4-7 notti a settimana

Non ne sono a conoscenza

A1.1.1 DOMANDE SULL'ANAMNESI DEL BRUXISMO NOTTURNO

In passato, era abituato a serrare o digrignare i denti mentre dormiva (basato sulle informazioni che possiede)?

No

Sì

Non ne sono a conoscenza

A2. Resoconto sul Bruxismo Diurno

A2.1 DOMANDE SUL DIGRIGNAMENTO DEI DENTI DIURNO

Quanto frequentemente digrigna i suoi denti quando è sveglio/a, considerando il mese precedente?

Mai
Quasi mai
Per poco tempo
La maggior parte del tempo
Sempre
Non ne sono a conoscenza

A2.1.1 DOMANDE SULL'ANAMNESI DEL BRUXISMO DIURNO

In passato, era abituato a digrignare i denti durante le ore diurne?

No
Sì
Non ne sono a conoscenza

A2.2 DOMANDE SUL SERRAMENTO DEI DENTI DIURNO

Quanto frequentemente serra i suoi denti quando è sveglio/a, considerando il mese precedente?

Mai
Quasi mai
Per poco tempo
La maggior parte del tempo
Sempre
Non ne sono a conoscenza

A2.2.1 DOMANDE SULL'ANAMNESI DEL SERRAMENTO DIURNO DEI DENTI

In passato, era abituato/a a serrare i denti durante le ore diurne?

No
Sì
Non ne sono a conoscenza

A2.3 DOMANDE SUL CONTATTO TRA DENTI DA SVEGLIO

Quanto frequentemente ha premuto, toccato o mantenuto i suoi denti a contatto, escludendo durante i pasti (contatto tra i denti dell'arcata superiore e inferiore), considerando l'ultimo mese?

Mai
Quasi mai
Per poco tempo
La maggior parte del tempo

Sempre
Non ne sono a conoscenza

A2.3.1 DOMANDE SULL'ANAMNESI DEL CONTATTO TRA DENTI DA SVEGLIO

In passato, era abituato/a a premere, toccare, mantenere i suoi denti a contatto, escludendo durante i pasti (contatto tra i denti dell'arcata superiore e inferiore)?

No
Sì
Non ne sono a conoscenza

A2.4 DOMANDE SUL SERRAMENTO MANDIBOLARE DA SVEGLIO

Quanto frequentemente ha mantenuto, stretto o teso i suoi muscoli mandibolari senza serrare o mantenere a contatto i suoi denti, considerando l'ultimo mese?

Mai
Quasi mai
Per poco tempo
La maggior parte del tempo
Sempre
Non ne sono a conoscenza

A2.4.1 DOMANDE SULL'ANAMNESI DEL SERRAMENTO MANDIBOLARE DA SVEGLIO

In passato, era abituato/a a mantenere, stringere o tendere i suoi muscoli mandibolari senza serrare o mantenere a contatto i suoi denti?

No
Sì
Non ne sono a conoscenza

A3. Reclami del Paziente

DISORDINI TEMPOROMANDIBOLARI

A3.1 DOLORI DEI DISORDINI TEMPOROMANDIBOLARI (TMD)

Negli ultimi 30 giorni, ha provato e se sì, per quanto, un qualsiasi dolore nella sua mascella o nelle tempie su ambo i lati?

Nessun dolore
Dolore che va e viene
Dolore costante

A3.2 DOLORE O RIGIDITÀ APPENA SVEGLI

Negli ultimi 30 giorni ha provato dolore o rigidità nella sua mascella appena sveglio/a?

No
Sì

A3.3 BLOCCO MASCELLARE

Negli ultimi 30 giorni, ha avuto la sua mascella bloccata, anche solo per un attimo, che non le permettesse di aprirla completamente?

No
Sì

A3.4 CAMBIAMENTI DEL DOLORE IN BASE A DELLE ATTIVITÀ

Negli ultimi 30 giorni, qualcuna delle seguenti attività ha portato cambiamenti del dolore (in meglio o peggio) nella mascella o nelle tempie su ambo i lati?

Masticare con forza/ cibo duro
Aprire la bocca/ Muovere la mascella in avanti/ ai lati
Abitudini della Mascella (es., mantenere i denti a contatto, serrare, digrignare, chewing gum)
Altre attività mascellari (es., parlare, baciare, sbadigliare)

A3.5 RUMORI DELL'ARTICOLAZIONE MASCELLARE

Negli ultimi 30 giorni, ha sentito qualsiasi rumore proveniente dall'articolazione mascellare quando l'ha usata o mossa?

No
Sì

A3.6 TEMPO DI INIZIO DEL DOLORE MUSCOLARE

Negli ultimi 30 giorni, ha avuto un dolore muscolare nella mascella durante almeno uno di questi momenti della giornata?

Tra la sveglia e la colazione
Tra la colazione e il pranzo
Tra il pranzo e la cena
Tra la cena e prima di addormentarsi

A3.6.1 TEMPO DI INIZIO DELLA STANCHEZZA O FATICA MUSCOLARE

Negli ultimi 30 giorni, ha avuto rigidità, una sensazione di stanchezza, o fatica nei muscoli della mascella, durante uno dei seguenti momenti della giornata?

Tra la sveglia e la colazione
Tra la colazione e il pranzo
Tra il pranzo e la cena
Tra la cena e prima di addormentarsi

A3.7 DOMANDE SULLA SINTOMATOLOGIA AL RISVEGLIO

È cosciente di possedere alcuna di questa sintomatologia al risveglio?

Sensazione di fatica, dolore o rigidità nella mandibola
Sensazione che i suoi denti siano stretti in una morsa, o che la sua bocca sia dolorante
Dolore alle sue tempie
Sensazione di tensione nella sua articolazione mandibolare al risveglio, con la sensazione di dover muovere la sua mandibola per sbloccarla
Difficoltà nell'aprire bene la sua bocca al risveglio
Sente o prova un click nella sua articolazione mandibolare al risveglio che scompare subito dopo

MAL DI TESTA

A3.8 MAL DI TESTA

Negli ultimi 30 giorni, ha avuto mal di testa che includessero le tempie?

No
Sì

Se sì -per quanti giorni?

USURA DENTALE

A3.9 USURA DENTALE

Prova qualunque dei seguenti sintomi a causa dell'usura dentale?

Sensibilità e/o dolore: sì/no
Problemi funzionali (difficoltà nel masticare e nel mangiare): sì/no
Deterioramento di natura estetica (compromissione nell'attrattività dentale): sì/no
Crumbling of dental hard tissue and restorations: yes/no
Problemi fonetici: sì/no

ACUFENE

A3.10 ACUFENE

Sente rumori o acuti nelle sue orecchie (acufene)?

No

Si

XEROSTOMIA E IPERSALIVAZIONE

A3.11 XEROSTOMIA

Sente la sua bocca secca?

Mai

Occasionalmente

Spesso

A3.12 IPERSALIVAZIONE

Risente di ipersalivazione durante la notte?

Non risento di ipersalivazione durante la notte, per niente

Il mio cuscino si bagna durante la notte, alcune volte

Il mio cuscino si bagna durante la notte, regolarmente

Il mio cuscino si bagna durante la notte, sempre

Il mio cuscino e i miei abiti da notte si bagnano ogni notte

Valutazione Basata sulla Clinica (CBA) – Resoconto dell'Esaminatore (PER L'USO DELL'ESAMINATORE)

A4. Articolazioni e Muscolatura

A4.1 DIAGNOSI TMD (Opzionale)

Segni la presenza delle seguenti diagnosi

A4.1.1. PATOLOGIE LEGATE AL DOLORE*

*La preghiamo di rispondere a questa sezione solo se le domande della sezione A3.3 (TMD Pain Screener) sono state risposte positivamente dal paziente

Myalgia

Dolore miofasciale con diffusione

Dolore miofasciale con irradiazione

Artralgia destra

Artralgia sinistra

Mal di testa attribuito ai TMD

A4.1.2. PATOLOGIE RELATIVE ALL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE DESTRA*

*Per favore specifichi se la diagnosi è basata su una valutazione clinica o radiologica

Dislocazione del disco con riduzione

Dislocazione del disco con riduzione, con blocco intermittente

Dislocazione del disco senza riduzione con apertura limitata

Dislocazione del disco senza riduzione senza apertura limitata

Malattie degenerative dell'articolazione

Sublussazione

A4.1.3. PATOLOGIE RELATIVE ALL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE SINISTRE*

*Per favore specifichi se la diagnosi è basata su una valutazione clinica o radiologica

Dislocazione del disco con riduzione

Dislocazione del disco con riduzione, con blocco intermittente

Dislocazione del disco senza riduzione con apertura limitata

Dislocazione del disco senza riduzione senza apertura limitata

Malattie degenerative dell'articolazione

Sublussazione

A4.2 IPERTROFIA DEL MASSETERE

Segni la presenza dell'ipertrofia del massetere:

Sinistra

Destra

A5. Tessuti Intraorali e Extraorali

A5.1 TESSUTI MOLLI E OSSEI

Segni la presenza dei seguenti segni:

Linea alba	Sinistra	Destra	
Impressioni sulle labbra	Superiore	Inferiore	
lingua smerlata	Sinistra	Davanti	Destra
Ulcere linguali*	Sinistra	Davanti	Destra
Exostosi dell'osso alveolare	Mandibolare (Buccale/Linguale)		Maxillare
	(Boccale/Linguale/Media-palatale)		

*Se positivo per i bordi sodi, induriti e arrotondati – considerarlo come campanello d'allarme per ulteriori indagini urgenti

A5.2 POSIZIONE MODIFICATA DELLA LINGUA DI FRIEDMAN



Category I:

No phonation/ tongue depressor –
uvula and palatal arch visible



Category II:

With phonation –
uvula and palatal arch visible



Category III:

With tongue depressor –
uvula and palatal arch visible



Category IV:

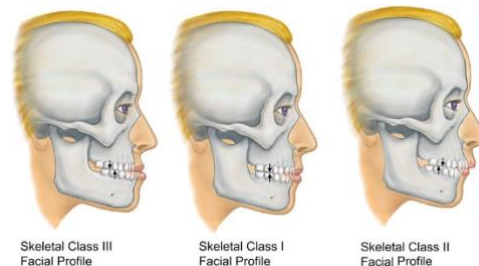
With phonation/ tongue depressor –
uvula and palatal arch not visible

A5.3 CLASSE SCHELETRICA (Strumento Opzionale)

Classe 1

Classe 2

Classe 3



Skeletal Class III
Facial Profile

Skeletal Class I
Facial Profile

Skeletal Class II
Facial Profile

A5.4 PROFILO SCHELETRICO (Strumento Opzionale)

Profilo Normodivergente (Angolo medio-goniale)

Profilo Ipodivergente (Angolo goniale basso)

Profilo Iperdivergente (Angolo goniale alto)



Normodivergent

Hypodivergent

Hyperdivergent

A6. Denti e Restauri

A6.1 CONTROLLO DELL'USURA DENTALE – QUANTIFICAZIONE

Indichi il valore più elevato dell'usura dentale per sestanti

	Sestante 1	Sestante 2	Sestante 3	Sestante 4	Sestante 5	Sestante 6
Occlusale/Incisale						
Palatale						

A.6.1.1 QUALIFICA DELL'USURA DENTALE*

*Quando durante la quantificazione, un grado ≥ 2 è riscontrato, la qualifica è necessaria.

Segni clinici che indicano l'influenza di fattori meccanici:

Sfaccettature brillanti, piatte e lucide

Usura dello smalto e della dentina allo stesso livello

Usura corrispondente sulle superfici occlusali, caratteristiche corrispondenti sui denti antagonisti

Fratture di cuspidi o restauri

Segni nelle guance, sulla lingua e/o sulle labbra

Localizzato nelle aree cervicali dei denti, Non Cariate Lesioni Cervicali (NCCL)

Lesioni Buccali/ cervicali più ampie che profonde, Non Cariate Lesioni Cervicali (NCCL)

Le aree cervicali dei premolari e cuspidi ne sono influenzate

Crepe presenti nello smalto

Tori mandibolari

A6.2 ESAME PERIDONTALE E DENTALE

Indichi il numero di denti con le seguenti caratteristiche

	Sestante 1	Sestante 2	Sestante 3	Sestante 4	Sestante 5	Sestante 6
Mobilità						
Sensibilità termica						
Disagio/dolore nel mordere						
Denti fratturati						

A6.3 RESTAURI

Indichi il numero di denti/impianti con le seguenti caratteristiche

	Sestante 1	Sestante 2	Sestante 3	Sestante 4	Sestante 5	Sestante 6
Otturazioni rotte/perse						
Restauri Graffiati						
Ceramiche fratturate						
Impianti mobili						
Impianti fratturati						
Allentamento delle viti degli impianti						

A6.4 VALUTAZIONE DELL'APPARECCHIO ORALE (se una stecca in resina dura è usata dal paziente)

Segni la presenza dei seguenti segni:

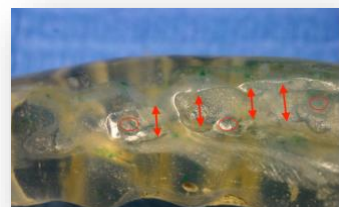
Prevalenza di segni di digrignamento (i.e., strisce)	Sinistra	Davanti	Destra
Prevalenza di segni di serramento(es. punti simili a cerchi)	Sinistra	Davanti	Destra
Combinazione di segni di masticazione e serramento	Sinistra	Davanti	Destra
Fratture o perforazioni	Sinistra	Davanti	Destra



Example of grinding marks



Example of clenching marks.



Example of combined marks.

Valutazione Basata sugli Strumenti (IBA) – Resoconto Tecnologico

A7. Bruxismo notturno

A7.1 ELECTROMIOGRAFIA

Numero di eventi del massetere 10% MVC _____
Indice sul tempo del bruxismo (se disponibile) _____
Indice del lavoro del bruxismo (se disponibile) _____

A7.2 POLYSOMNOGRAFIA (Opzionale)

Numero di eventi SB correlati all'eccitazione _____
Numero di eventi SB non correlati all'eccitazione _____
Indice sul tempo del bruxismo (se disponibile) _____
Indice del lavoro del bruxismo (se disponibile) _____

A7.3 ALTRI METODI (Opzionale)

Applicazione per smartphone che ottiene punteggi con i suoni di macinazione

A7.4 APPARECCHIO CON SENSORI (Opzionale)

Numero di eventi con pressione del morso

A8. Bruxismo Diurno

A8.1 ASSESSAMENTO MOMENTARIO ECOLOGICO -Report di una settimana

CONDIZIONE	Settimana 1 (in %)	Altre settimane (in %)
Muscoli mascellari rilassati (Nessun contatto tra denti)		
Serramento mandibolare (Nessun contatto tra denti)		
Contatto tra denti (Contatto leggero e costante)		
Serramento dentale (Contatto forte e costante)		
Digrignamento dentale		

A8.2 ELETTROMIOGRAFIA DA SVEGLI

Numero di eventi del massetere 10% MVC

Indice sul tempo del bruxismo (se disponibile)

Indice del lavoro del bruxismo (se disponibile)

A8.3 ALTRI METODI: da determinare

A9. Strumenti aggiuntivi

A9.1. Acidità Intraorale (Opzionale)

PH SALIVARE A RIPOSO

FLUSSO SALIVARE A RIPOSO

PH SALIVARE STIMOLATO (paraffine)

FLUSSO SALIVARE STIMOLATO

Asse B – Fattori Eziologici, di Rischio e condizioni di Comorbidità

B1. Valutazione Psicologica – Self Report

B1.1 SCREENING per ANSIA e DEPRESSIONE

Nelle ultime due settimane, quanto frequentemente è stato/a infastidito/a dalle seguenti problematiche?

1. Sentirsi nervosa/a, ansioso/a o al limite

Per nulla

Alcuni giorni

Più della metà dei giorni

Circa tutti i giorni

2. Non essere in grado di fermare o controllare le sue preoccupazioni

Per nulla

Alcuni giorni

Più della metà dei giorni

Circa tutti i giorni

3. Poco interesse o piacere nel fare le cose

Per nulla

Alcuni giorni

Più della metà dei giorni

Circa tutti i giorni

4. Sentirsi giù di morale, depresso o senza speranze

Per nulla

Alcuni giorni

Più della metà dei giorni

Circa tutti i giorni

B1.2 COPING

Consideri quanto precisamente le seguenti affermazioni descrivono i suoi atteggiamenti e le sue azioni

1. Cerco sempre modi creativi per cambiare situazioni difficili

Non mi descrive per niente

Non mi descrive

Neutrale

Mi descrive

Mi descrive alla perfezione

2. Indipendentemente da ciò che mi accada, credo di essere in grado di gestire le mie reazioni a riguardo

Non mi descrive per niente

Non mi descrive

Neutrale

Mi descrive

Mi descrive alla perfezione

3. Ritengo di poter crescere in maniera positiva affrontando situazioni difficili

Non mi descrive per niente

Non mi descrive

Neutrale

Mi descrive

Mi descrive alla perfezione

4. Ricerco attivamente modi per sostituire le perdite che ho subito nella mia vita

Non mi descrive per niente

Non mi descrive

Neutrale

Mi descrive

Mi descrive alla perfezione

B2. Valutazione Concomitante di Condizioni relative al sonno – Self Report

B2.1 SCREENING PER L'APNEA DEL SONNO

Segni a quale delle seguenti domande risponderebbe positivamente

Russa rumorosamente?

Si sente spesso stanco, affaticato o sonnolento durante le ore del giorno?

Qualcuno l'ha vista smettere di respirare o soffocare/ansimare durante il sonno?

Ha, o sta venendo curato per l'ipertensione arteriosa?

Presenta un indice di massa corporea superiore a 35?

Ha un'età superiore dei 50 anni?

Presenta un collo di grandi dimensioni (43 cm o maggiore per gli uomini; 41 cm o maggiore per le donne)?

Sesso=Maschile?

B2.2 SCREENING PER L'INSONNIA

Indichi quale delle seguenti affermazioni può esserle applicata

Provo difficoltà nell'addormentarmi

I pensieri occupano la mia mente e mi impediscono di dormire

Sono in grado di predire un problema con il mio sonno più volte a settimana

Una volta sveglio, non sono più in grado di riaddormentarmi

Mi preoccupa per cose generiche e ho problemi a rilassarmi

La mattina mi sveglio prima di quando vorrei

Resto sveglio disteso nel letto per una mezz'ora o più prima di addormentarmi

B2.3 SCREENING DEL DISTURBO PERIODICO DEL MOVIMENTO DEGLI ARTI e DELLA SINDROME DELLE GAMBE SENZA RIPOSO

Indichi quale delle seguenti affermazioni può esserle applicata

All'infuori di quando mi esercito, provo ugualmente una tensione muscolare nelle gambe

Ho notato (o mi è stato fatto notare) che parti del mio corpo si muovono durante il sonno

Mi è stato detto che tiro calci durante la notte

Quando provo ad addormentarmi, provo una sensazione di dolore nelle mie gambe o devo strisciarle

Provo dolore e/o crampi alle gambe di notte

Alcune volte non sono in grado di mantenere le mie gambe ferme di notte. Devo muoverle per sentirmi più comodo

Anche se ho dormito durante la notte, mi sento assonato durante il giorno

B2.4 COMPORTAMENTI ORALI- POSIZIONE DURANTE IL SONNO

Quanto frequentemente dorme in una posizione che mette pressione sulla mascella, considerando l'ultimo mese?

Mai

Quasi mai

Per poco tempo

La maggior parte del tempo
Sempre
Non ne sono a conoscenza

B3. Valutazione Concomitante di Condizioni non relative al sonno– Self Report

B3.1 COMPORTAMENTI ORALI – ATTIVITÀ DURANTE LE ORE DIURNE

Quanto frequentemente fa ognuna delle seguenti azioni, considerando l'ultimo mese?

Q7. Mantenere o sporgere in avanti o sul lato la sua mascella

Mai

Quasi mai

Per poco tempo

La maggior parte del tempo

Sempre

Non ne sono a conoscenza

Q8. Premere forzatamente la lingua contro i denti

Mai

Quasi mai

Per poco tempo

La maggior parte del tempo

Sempre

Non ne sono a conoscenza

Q9. Posizionare la lingua tra i denti

Mai

Quasi mai

Per poco tempo

La maggior parte del tempo

Sempre

Non ne sono a conoscenza

Q10. Mordere, masticare o giocare con la sua lingua, le guance o labbra

Mai

Quasi mai

Per poco tempo

La maggior parte del tempo

Sempre

Non ne sono a conoscenza

Q11. Mantenere la sua mascella in rigidità o in una posizione di tensione, tipo per sostenerla o proteggerla

Mai

Quasi mai

Per poco tempo

La maggior parte del tempo

Sempre

Non ne sono a conoscenza

Q12. Mantenere tra i denti o mordere oggetti tipo capelli, pipe, matite, penne, dita unghie etc.

Mai
Quasi mai
Per poco tempo
La maggior parte del tempo
Sempre
Non ne sono a conoscenza

Q13. Masticare un chewing gum

Mai
Quasi mai
Per poco tempo
La maggior parte del tempo
Sempre
Non ne sono a conoscenza

Q14. Suonare uno strumento che comprende l'utilizzo della bocca o della mascella

Mai
Quasi mai
Per poco tempo
La maggior parte del tempo
Sempre
Non ne sono a conoscenza

Q15. Appoggiarsi alla mascella con la propria mano, tipo coppetta per riposare il mento sulla mano

Mai
Quasi mai
Per poco tempo
La maggior parte del tempo
Sempre
Non ne sono a conoscenza

Q16. Masticare il cibo su un solo lato

Mai
Quasi mai
Per poco tempo
La maggior parte del tempo
Sempre
Non ne sono a conoscenza

Q17. Mangiare tra i pasti

Mai
Quasi mai
Per poco tempo
La maggior parte del tempo
Sempre
Non ne sono a conoscenza

Q18. Parlare a lungo (es., Insegnare, vendere, servizio clienti)

Mai
Quasi mai

Per poco tempo
La maggior parte del tempo
Sempre
Non ne sono a conoscenza

Q19. Cantare
Mai
Quasi mai
Per poco tempo
La maggior parte del tempo
Sempre
Non ne sono a conoscenza

Q20. Sbadigliare
Mai
Quasi mai
Per poco tempo
La maggior parte del tempo
Sempre
Non ne sono a conoscenza

Q21. Mantenere il telefono tra le spalle e la testa
Mai
Quasi mai
Per poco tempo
La maggior parte del tempo
Sempre
Non ne sono a conoscenza

B3.2 UTILIZZO DEL TELEFONO (Attrezzo opzionale)
Indicare la media giornaliera di utilizzo del proprio telefono

B3.3 DISTURBI MOTORI OROFACCIALI

È stato/a diagnosticato/a con, o soffre di possibili segni di una delle seguenti condizioni?

Dyskinesia Orofacciale
Dystonia Oromandibolare
Malattia di Parkinson
Malattia di Huntington
Sindrome di Tourette
Spasmi Emifacciali
Dyskinesia tardiva

B3.4 SCREENING PER LA MALATTIA DEL REFLUSSO GASTROESOFAGEO
Quante volte a settimana riscontra ognuno dei seguenti sintomi?

A. Sensazione di bruciore dietro lo sterno (bruciore di stomaco)
0 Giorni
1 Giorno
2-3 Giorni

4-7 Giorni

B. Il contenuto dello stomaco risale verso la gola o la bocca (rigurgito)

0 Giorni

1 Giorno

2-3 Giorni

4-7 Giorni

C. Dolore nella zona centrale o superiore dello stomaco

0 Giorni

1 Giorno

2-3 Giorni

4-7 Giorni

D. Nausea

0 Giorni

1 Giorno

2-3 Giorni

4-7 Giorni

E. Difficoltà a dormire bene a causa di bruciore di stomaco o rigurgito

0 Giorni

1 Giorno

2-3 Giorni

4-7 Giorni

F. Necessità di farmaci da banco per il bruciore di stomaco o il rigurgito

0 Giorni

1 Giorno

2-3 Giorni

4-7 Giorni

B3.5 SCREENING PER DISTURBI AUTOIMMUNI O DEL TESSUTO CONNETTICO

È stato/a diagnosticato/a con una delle seguenti condizioni?

Artrite reumatoide

Lupus

Altre malattie reumatiche sistemiche, comprendendo la fibromyalgia

Altre condizioni sistemiche, comprendendo sclerosi sistemica, polimialgia reumatica, Malattia mista del tessuto connettivo

B3.6 DISTURBO DA DEFICIT DELL'ATTENZIONE E DI IPERATTIVITÀ

È stato/a diagnosticato/a con il disturbo da deficit dell'attenzione e di iperattività?

No

Sì

B4. Valutazione sui Medicinali prescritti e utilizzo di sostanze – Self Report

B4.1 DROGHE

Segni se fa uso di droghe recreative o da strada

Se sì, indichi di quale droga ha fatto uso _____

B4.2 FARMACI

È attualmente in cura con uno dei seguenti farmaci?

Antidepressivi (e.g., Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina)

Benzodiazepine

Neuroleptics, Antipsychotics, Antiemetics (Dopamine antagonists)

Farmaci per ADHD

Farmaci antiallergici

Marijuana medica CBD

Marijuana medica TSH

Oppioidi

Altri

Se sì, indichi tutti farmaci e i loro dosaggi

B4.3 TABACCO

Fuma, o utilizza qualunque prodotto derivante da tabacco?

No

Sì

Ho smesso

Se sì, quante sigarette al giorno fuma? N° _____

B4.4 ALCOHOL

Beve mai bevande alcoliche? (birra, vino, liquori)?

No

Sì

Ho smesso

Se sì, quale è il suo utilizzo approssimativo di queste bevande alcoliche (bicchieri al giorno)?

B4.5 BEVANDE ANALCOLICHE

Beve regolarmente bevande gassate? (es., Cola – RedBull – Sprite – Fanta)?

No

Sì

Ho smesso

Se sì, quale è il suo utilizzo approssimativo (bicchieri al giorno)? _____

B4.6 SUCCHI E FRUTTA

Beve regolarmente succhi o assume frutti citrici (e.g., limone, arancia, succo di uva)?

No

Sì

Ho smesso

Se sì, quale è il suo utilizzo approssimativo (bicchieri al giorno)? _____

B4.7 CAFFEINA

Beve regolarmente caffè, tea, o altre bevande con caffeina?

No

Sì

Ho smesso

Se sì, quale è il suo utilizzo approssimativo (bicchieri al giorno)? _____

B5. Valutazione su fattori addizionali

B5.1 SCREENING SUL BRUXISMO FAMILIARE

È a conoscenza di qualcuno nella sua famiglia (per esempio ,padre, madre, figli) che ha avuto una storia di bruxismo?

No

Si Padre/Madre/Figlio/Figlia/Nonno/Nonna

Non ne sono a conoscenza

B5.2 SCREENING SULL'USURA DENTALE FAMILIARE

Conosce qualcuno nella sua famiglia (ad esempio, padre, madre, figli) che soffre di usura dentale?

No

Si Padre/Madre/Figlio/Figlia/Nonno/Nonna

Non ne sono a conoscenza

B5.3 SCREENING FAMILIARE DELL'OSA

Conosce qualcuno nella sua famiglia (ad esempio, padre, madre, figli) che soffre di apnea notturna?

No

Si Padre/Madre/Figlio/Figlia/Nonno/Nonna

Non ne sono a conoscenza

B5.4 SCREENING DEL DOLORE OROFACCIALE FAMILIARE

Conosce qualcuno nella sua famiglia (ad esempio, padre, madre, figli) che soffre di dolore facciale non dentale?

No

Si Padre/Madre/Figlio/Figlia/Nonno/Nonna

Non ne sono a conoscenza

B5.5 SCREENING FAMILIARE DELLA MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO

Conosce qualcuno nella sua famiglia (ad esempio, padre, madre, figli) affetto da malattia da reflusso gastro-esofageo?

No

Si Padre/Madre/Figlio/Figlia/Nonno/Nonna

Non ne sono a conoscenza