

FORWARD TRANSLATION 2

Strumento standardizzato per la Valutazione del Bruxismo

STAB

Strumento completo

VERSIONE ITALIANA

Ottobre 2022

Indice dei contenuti

Questionario Demografico	Pag 3
Asse A – Valutazione dello Stato e delle Conseguenze del Bruxismo	4
Valutazione Basata Sul Soggetto (VBS) – Self Report	5
A1. Report Sul Bruxismo Del Sonno	5
A2. Report Sul Bruxismo Della Veglia	6
A3. Lamenti Del Paziente	8
Valutazione basata sulla Clinica (VBC) – Report Dell’Esaminatore	11
A4. Articolazioni e Muscoli	11
A5. Tessuti Intraorali e Profilo facciale	12
A6. Denti e Restauri	13
Valutazione basata sugli Strumenti (VBS) – Report della Tecnologia	16
A7. Bruxismo Del Sonno	16
A8. Bruxismo Della Veglia	17
A9. Strumentazione Aggiuntiva	18
Asse B – Fattori di rischio e eziologici e Condizioni di Comorbilità	19
B1. Valutazione Psicosociale	20
B2. Valutazione Concomitante Delle Condizioni Legate Al Sonno	22
B3. Valutazione Concomitante Delle Condizioni Non Legate Al	24
Sonno	
B4. Valutazione Dei Farmaci Prescritti e Dell'Uso di Sostanze	29
B5. Valutazione Dei Fattori Aggiuntivi	31

Questionario Demografico

From: DC-TMD English Assessment Instruments_2018_04_25_secured (DEMOGRAPHICS)

Sesso

Maschio

Femmina

Non Specificato/Altro

Età

Altezza

Peso

Quale è il tuo stato civile attuale?

Sposato/a

Vivo da Sposato/a

Divorziato/a

Separato/a

Vedovo/a

Mai sposato

Quale è la tua etnia? Segna tutte le risposte pertinenti.

Asiatica

Nero o Afroamericano

Caucasica

Altro (specificare)

Qual è il grado o il livello di istruzione più alto che hai completato?

Alcune scuole dell'obbligo (<16 anni)

Completato la scuola secondaria (es., scuola superiore) fino a 18 anni

Qualche Università

Laureato

Livello post-laurea

ASSE A - Valutazione dello Stato e delle Conseguenze del Bruxismo

Valutazione Basata Sul Soggetto (VBS) – Self Report

A1. Report Bruxismo Del Sonno

A1.1 DOMANDA SUL BRUXISMO DEL SONNO

In base all'ultimo mese, con quale frequenza stringi o digrigni i denti quando dormi (in base alle informazioni che potresti avere)? From DC-TMD English Assessment Instruments_2018_04_25_secured (THE ORAL BEHAVIOR CHECKLIST) (question #1)

Nessuna delle volte

Meno di una notte/mese

1-3 notti / mese

1-3 notti/ settimana

4-7 notti / settimana

Non lo so

A1.1.1 DOMANDA SU STORIA CLINICA BRUXISMO DEL SONNO

In passato stringevi o digrignavi i denti quando dormivi, in base a qualsiasi informazione che hai? Additional question*

No

Sì

Non lo so

A2. Report sul Bruxismo della Veglia

A2.1 DOMANDA SUL DIGRINAMENTO DIURNO DEI DENTI

In base all'ultimo mese, quante volte digrigni i denti durante le ore di veglia?

From DC-TMD English Assessment Instruments_2018_04_25_secured (THE ORAL BEHAVIOR CHECKLIST) (question #3)

Nessuna delle volte

Per un po' di tempo

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Tutto il tempo

Non lo so

A2.1.1 DOMANDA SULLA STORIA SUL DIGRIGNAMENTO DIURNO DEI DENTI

In passato eri solito digrignare i denti insieme durante le ore di veglia?

Additional question

No

Sì

Non lo so

A2.2 DOMANDA SUL SERRAMENTO DIURNO DEI DENTI

In base all'ultimo mese, con quale frequenza stringi i denti durante le ore di veglia? From DC-TMD

English Assessment Instruments_2018_04_25_secured (THE ORAL BEHAVIOR CHECKLIST) (question #4)

Nessuna delle volte

Per un po' di tempo

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Tutto il tempo

Non lo so

A2.2.1 DOMANDA SULLA STORIA DEL SERRAMENTO DIURNO DEI DENTI

In passato eri solito serrare i denti insieme durante le ore di veglia?

Additional question

No

Sì

Non lo so

A2.3 DOMANDA SUL CONTATTO DENTALE DIURNO

Basandoti sull'ultimo mese quanto spesso premi, tocchi, o tieni i denti insieme oltre che durante il mangiato (che è, il contatto tra i denti superiori e inferiori)?

From DC-TMD English Assessment Instruments_2018_04_25_secured (THE ORAL BEHAVIOR CHECKLIST) (question #5)

Nessuna delle volte

Per un po' di tempo

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Tutto il tempo

Non lo so

A2.3.1 DOMANDA SULLA STORIA DEL CONTATTO DENTALE DIURNO

In passato premevi, toccavi o tenevi i denti insieme oltre che durante il mangiato (che è, il contatto tra i denti superiori e inferiori)? *Additional question*

No

Si

Non lo so

A2.4 DOMANDA SUL SERRAMENTO MANDIBOLARE DIURNO

Basandoti sull'ultimo mese, quanto volte tieni, stringi, o contrai i tuoi muscoli senza serrare o tenere i denti insieme?

From DC-TMD English Assessment Instruments_2018_04_25_secured (THE ORAL BEHAVIOR CHECKLIST) (question #6)

Nessuna delle volte

Per un po' di tempo

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Tutto il tempo

Non lo so

A2.4.1 DOMANDA SULLA STORIA DEL SERRAMENTO MANDIBOLARE DIURNO

In passato ti è successo di tenere, stringere o mantenere in tensione i tuoi muscoli senza serrare o tenere i denti insieme?

Additional question

No

Si

Non lo so

A3. Lamenti del Paziente

DISORDINI TEMPOROMANDIBOLARI

A3.1 DOLORE DTM

Negli ultimi 30 giorni, per quanto tempo qualsiasi dolore nella tua mandibola o zona della tempia da entrambe le parti è durato?

From DC-TMD English Assessment Instruments_2018_04_25_secured (TMD PAIN SCREENER question #1)

Nessun dolore

Il dolore veniva e andava

Il dolore è sempre presente

A3.2 DOLORE O RIGIDITA' AL RISVEGLIO

Negli ultimi 30 giorni, hai avuto dolore o rigidità nella tua mandibola durante il risveglio?

From DC-TMD English Assessment Instruments_2018_04_25_secured (TMD PAIN SCREENER question #2)

No

Si

A3.3 LOCK CHIUSO

Negli ultimi 30 giorni, hai avuto la mandibola bloccata o incastrata, anche solo per un momento, tanto che non si aprisse DEL TUTTO?

From DC-TMD English Assessment Instruments_2020_02_06_secured (Symptom Questionnaire)

No

Si

A3.4 IL DOLORE CAMBIA CON LE ATTIVITA'

Negli ultimi 30 giorni, alcune delle seguenti attività hanno cambiato il dolore (che è, migliorarlo o peggiorarlo) nella mandibola o nelle tempie da entrambe le parti?

From DC-TMD English Assessment Instruments_2018_04_25_secured (TMD PAIN SCREENER question #3)

Masticare duro o cibo duro

Apreno la bocca o muovendo la mascella in avanti o di lato

Abitudini della mascella (ad es. tenere uniti i denti, serrare, digrignare, masticare chewing-gum)

Altre attività della mascella come parlare, baciarsi o sbadigliare

A3.5 RUMORI ARTICOLAZIONE DELLA MANDIBOLA

Negli ultimi 30 giorni, hai avuto rumore/i articolare/i quando muovevi o usavi la tua mandibola?

From DC-TMD English Assessment Instruments_2020_02_06_secured (Symptom Questionnaire)

No

Si

A3.6 DOLORE MUSCOLARE DELLA VEGLIA

Negli ultimi 30 giorni, hai avuto dolore ai muscoli dell'articolazione mandibolare durante i seguenti momenti della giornata?

Modified from Van Grootel et al, Clin J Pain 2005

Tra il risveglio e la colazione

Tra colazione e pranzo

Tra pranzo e cena

Tra la cena e l'ora di andare a dormire

A3.6.1 FATICA O STANCHEZZA MUSCOLARE DELLA VEGLIA

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

Modified from Van Grootel et al, Clin J Pain 2005

Tra il risveglio e la colazione

Tra colazione e pranzo

Tra pranzo e cena

Tra la cena e l'ora di andare a dormire

A3.7 DOMANDA SUI SINTOMI DELLA VEGLIA

Sei a conoscenza di uno dei seguenti sintomi al risveglio?

AASM diagnostic questions for sleep bruxism (items 3i to 3vi)

Sensazione di affaticamento, indolenzimento o tensione della mascella

Sensazione che i tuoi denti sono serrati o che la tua bocca è dolorante

Dolore alle tempie

Sensazione di tensione nell'articolazione della mascella al risveglio e sensazione di dover muovere la mascella inferiore per rilasciarla

Difficoltà ad aprire la bocca al risveglio

Sentire o percepire un clic nell'articolazione della mascella al risveglio che scompare in seguito

CEFALEA

A3.8 CEFALIA

Negli ultimi 30 giorni, hai avuto un'emicrania che coinvolgesse le aree delle tempie della tua testa?

From DC-TMD English Assessment Instruments_2018_04_25_secured (SYMPTOMS QUESTIONNAIRE question #5-)

No

Yes

USURA DENTALE

A3.9 USURA DENTALE

Hai mai provato uno dei seguenti sintomi dovuti all'usura dentale?

From the Tooth Wear Evaluation System

Sensibilità e/o dolore: sì/no

Problemi funzionali (difficoltà a masticare e mangiare): sì/no

Deterioramento dell'aspetto estetico (appetibilità dentale compromessa): sì/no

Sbriciolamento dei tessuti duri dentali e restauri: sì/no

Compromissione fonetica: sì/no

TINNITO

A3.10 TINNITO

Hai rumori o fischi nelle orecchie (acufene)?

From RDC_Booklet_updated2011-modified_2015_12_01-1-5 (HISTORY QUESTIONNAIRE - question 15F)

No

Si

XEROSTOMIA E SBAVARE

A3.11 XEROSTOMIA

Ti senti la bocca secca?

From Xerostomia Questionnaire (Item 4)

Mai

Occasionalmente

Spesso

A3.12 SBAVARE

Manifesti perdita di saliva durante la notte?

From ROMP – saliva questionnaire (Radboud Oral Motor inventory for Parkinson's disease) (Kalf JG, Bloem BR, Munneke M. Diurnal and nocturnal drooling in Parkinson's disease. J Neurol 2012;259:119-123)

Non avverto affatto la perdita di saliva durante la notte

Il mio cuscino a volte si bagna durante la notte

Il mio cuscino si bagna regolarmente durante la notte

Il mio cuscino si bagna sempre durante la notte

Ogni notte il mio cuscino e le altre lenzuola si bagnano

Valutazione basata sulla Clinica (VBC) – Report Dell'Esaminatore (AD USO DELL'ESAMINATORE)

A4. Articolazioni e Muscoli

A4.1 DIAGNOSI DI DTM

Segna la presenza delle seguenti diagnosi From DC-TMD English Assessment Instruments_2018_04_25_secured
(CLINICAL EXAMINATION FORM item #11- DIAGNOSES)

A4.1.1. DISTURBI DEL DOLORE*

* Si prega di compilare questa sezione solo se il punto A3.3 (DTM Pain Screener) è approvato positivamente dal paziente

Mialgia

Dolore riferito miofasciale

Atralgia destra

Altralgia sinistra

Cefalea associata a DTM

A4.1.2. DISORDINI ATM DI DESTRA*

*Si prega di specificare se la diagnosi si basa su una valutazione clinica o di imaging

Dislocazione del disco con riduzione

Dislocazione del disco con riduzione, con bloccaggio intermittente

Dislocazione del disco senza riduzione con apertura limitata

Dislocazione del disco senza riduzione senza apertura limitata

Malattia articolare degenerativa

Sublussazione

A4.1.3. DISORDINI ATM DI SINISTRA*

*Si prega di specificare se la diagnosi si basa su una valutazione clinica o di imaging

Dislocamento del disco con riduzione

Dislocamento del disco con riduzione, con bloccaggio intermittente

Dislocamento del disco senza riduzione con apertura limitata

Dislocamento del disco senza riduzione senza apertura limitata

Malattia articolare degenerativa

Sublussazione

A4.2 IPERTROFIA MUSCOLO MASSETERE

Seleziona la presenza dell'ipertrofia del massetere:

Sinistra

Destra

A5. Tessuti intraorali e Profilo facciale

A5.1 TESSUTI MOLLI E OSSEI

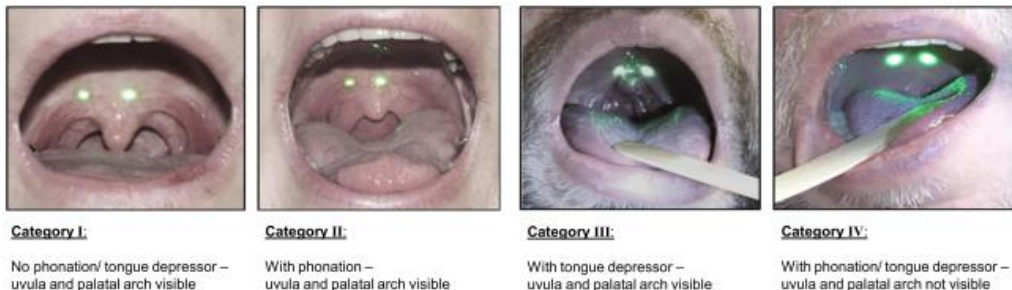
Seleziona la presenza dei seguenti sintomi:

Linea alba	Sinistra	Destra	
Dentellatura sulla mucosa labiale	Superiore	Inferiore	
Dentellatura sui bordi della lingua	Destra	Frontale	Sinistra
Ulcerazione della lingua*	Destra	Frontale	Sinistra
Esostosi dell'osso alveolare	Mandibolare (Buccale/Linguale)		Mascellare
	(Buccale/Linguale/Midpalatale)		

*Se positivo per bordi rigidi, induriti e arrotondati – campanello di allarme per ulteriori indagini urgenti

A5.2 POSIZIONE DELLA LINGUA DI FRIEDMAN MODIFICATA

From Laharnar et al, 2021



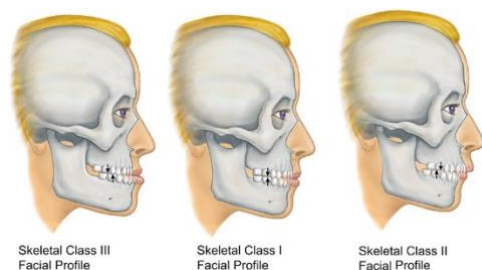
A5.3 CLASSE SCHELETRICA (Optionale)

From Morcos et al, 2007 The vocabulary of dentofacial deformities

Classe 1

Classe 2

Classe 3



A5.4 PROFILO SCHELETRICO (Optionale)

Profilo normodivergente (angolo goniale medio)

Profilo ipodivergente (angolo goniale basso)

Profilo iperdivergente (angolo goniale alto)



A6. Denti e restauri

A6.1 SCREENING USURA DENTALE – QUANTIFICAZIONE

From Wetselaar & Lobbezoo, TWES 2016

Indicare il punteggio più alto di usura dei denti per ogni sestante

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

Istruzioni: Scala ordinale a cinque punti per la gradazione occlusale e incisale (Lobbezoo en Naeije, 2001);

Per sestante viene annotato il punteggio più alto

0 = nessuna usura (visibile).

1 = usura visibile all'interno dello smalto

2 = usura con esposizione della dentina e perdita di altezza clinica della corona $\leq 1/3$

3 = usura con esposizione della dentina e perdita dell'altezza clinica della corona $> 1/3$ ma $< 2/3$

4 = usura con esposizione della dentina e perdita di altezza clinica della corona $\geq 2/3$

Scala ordinale a cinque punti per la classificazione non occlusale e non incisale (Wetselaar, Faris, Lobbezoo, 2016)

Per il sestante 2 si annota il punteggio più alto

Grado 0 = nessuna usura (visibile).

Grado 1 = usura visibile all'interno dello smalto

Grado 2 = usura con esposizione della dentina ($< 50\%$ della superficie)

Grado 3 = usura con esposizione della dentina ($\geq 50\%$ della superficie)

Grado 4 = usura con esposizione della dentina (perdita completa dello smalto o esposizione della polpa)

A.6.1.1 QUALIFICAZIONE USURA DENTALE*

* Quando durante la quantificazione viene rilevato un voto ≥ 2 , è necessaria la qualificazione.

Segni clinici che indicano l'influenza di fattori meccanici:

From Wetselaar & Lobbezoo, 2016

Sfaccettature lucide, piatte e lucide

Smalto e dentina si usurano alla stessa velocità

Usura corrispondente sulle superfici occludenti, caratteristiche corrispondenti sui denti antagonisti

Frattura di cuspidi o restauri

Impronte su guancia, lingua e/o labbro

Localizzate nelle aree cervicali dei denti, lesioni cervicali non cariose (NCCL)

Lesioni buccali/cervicali più ampie delle lesioni cervicali non cariose profonde (NCCL)

Sono interessate le aree cervicali dei premolari e dei canini

Crepe all'interno dello smalto

Toro mandibolare

A6.2 ESAME PARODONTALE E DENTALE

Items selected from the European Federation of Periodontology World Workshop on the Classification of Periodontal and Perimplant Diseases and Conditions - Working Group 3 "Occlusal Trauma" (2017)

Indicare il numero di denti con i seguenti segni

	1° Sestante	2° Sestante	3° Sestante	4° Sestante	5° Sestante	6° Sestante
Mobilità						
Sensibilità termica						
Sconforto/dolore durante il morso						
Denti Fratturati						

A6.3 RESTAURI

Items selected from the European Federation of Periodontology World Workshop on the Classification of Periodontal and Perimplant Diseases and Conditions - Working Group 3 "Occlusal Trauma" (2017)

Indicare il numero di denti con i seguenti segni

	1° Sestante	2° Sestante	3° Sestante	4° Sestante	5° Sestante	6° Sestante
Otturazioni perse/rotte						
Restauri graffiati						
Ceramiche fratturate						
Impianti mobili						
Impianti fratturati						
Allentamento della vite dell'impianto						

A6.4 VALUTAZIONE BITE (In caso lo splint in resina dura è indossato dal paziente)

Segna la presenza dei seguenti segni:

Presenza segni di digrignamento (es. strisce)

Prevalenza dei segni di serramento (es. punti a forma di cerchio)

Combinazione segni di digrignamento e serramento

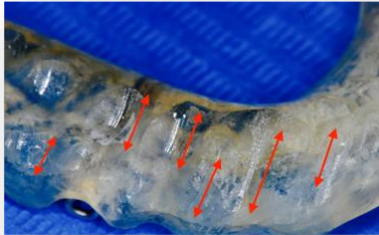
Fratture o perforazioni

Destra Frontale Sinistra

Destra Frontale Sinistra

Destra Frontale Sinistra

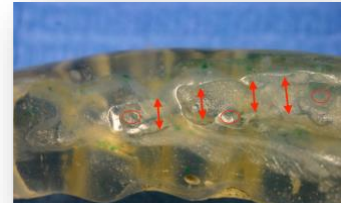
Destra Frontale Sinistra



Esempio di segni digrignamento



Esempio segni di serramento



Esempio combinazione segni

Valutazione basata sugli strumenti (VBS) – Report

della Tecnologia

A7. Bruxismo del Sonno*

A7.1 ELETROMIOGRAFIA

Based on recommendations to score EMG (Thymi et al., J Oral Rehabil 2021)

Numero di eventi masseteri superiori al 10% MVC _____

Indice tempo bruxismo (se disponibile) _____

Indice lavoro bruxismo (se disponibile) _____

A7.2 POLISONNOGRAFIA (Opzionale)

Based on recommendations to count PSG/SB phasic events (AASM criteria)

Numero di risvegli legati al bruxismo del sonno _____

Numero di risvegli non legati al bruxismo del sonno _____

Indice tempo bruxismo (se disponibile) _____

Indice lavoro bruxismo (se disponibile) _____

A7.3 Altri metodi (Opzionali)

Punteggio di applicazione per smartphone per suoni da digrimento

A7.4 Bite con sensori (Opzionali)

Numero di eventi di pressione sul bite

A8. Bruxismo della Veglia

A8.1 ECOLOGICAL MOMENTARY ASSESSMENT

One week period(s). Based on recommendations to report data described in Bracci et al, 2018

CONDIZIONI	T0 (in %)	T1 (in %)
Muscoli rilassati (nessun contatto dentale)		
Serramento mandibolare della veglia (nessun contatto dentale)		
Contatto dentale della veglia (contatto leggero)		
Serramento dentale della veglia (contatto molto force)		
Digrignamento della veglia		

A8.2 Eletromiografia durante la veglia

Based on recommendations to score EMG (Thymi et al., J Oral Rehabil 2021)

Numero di eventi del massetere oltre 10% MVC _____

Indice tempo bruxismo _____

Indice lavoro bruxismo _____

A8.3 ALTRI METODI: Da determinare

A9. STRUMENTI ADDIZIONALI

A9.1. ACIDITA' INTRAORALE (Opzionale)

Based on commercial kits to measure salivary Ph in different conditions

PH SALIVARI A RIPOSO

FLUSSO SALIVARE A RIPOSO

PH SALIVARE STIMOLATO (Paraffina)

FLUSSO SALIVARE STIMOLATO

ASSE B – Fattori di rischio ed eziologici e condizioni di comorbidità

B1. Valutazione Psicosociale – Self Report

B1.1 SCREENING ANSIA E DEPRESSIONE

From DC-TMD English Assessment Instruments_2018_04_25_secured (PHQ - 4)

Nelle ultime due settimane, quante volte sei stato infastidito dai seguenti problemi?

1. Sensazione di nervosismo, ansia o sull'orlo

Per nulla

Per diversi giorni

Più della metà dei giorni

Quasi ogni giorno

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

Per nulla

Per diversi giorni

Per più della metà dei giorni

Quasi ogni giorno

3. Poco interesse o piacere nel fare le cose

Per nulla

Per diversi giorni

Per più della metà dei giorni

Quasi ogni giorno

4. Sentirsi giù, depressi o senza speranza

Per nulla

Per diversi giorni

Per più della metà dei giorni

Quasi ogni giorno

B1.2 SOPPORTAZIONE

Brief Resilient Coping Scale (BRCS; Sinclair & Wallston, 2004)

Considera quanto bene le seguenti affermazioni descrivono i tuoi comportamenti e le tue azioni

1. Cerco modi creativi per modificare le situazioni difficili

Non mi descrive affatto

Non mi descrive

Neutro

Mi descrive

Mi descrive molto bene

2. Indipendentemente da quello che mi succede, credo di poter controllare la mia reazione

Non mi descrive affatto

Non mi descrive

Neutro

Mi descrive

Mi descrive molto bene

3. Credo di poter crescere in modo positivo affrontando situazioni difficili

Non mi descrive affatto

Non mi descrive

Neutro

Mi descrive

Mi descrive molto bene

4. Cerco attivamente modi per sostituire le perdite che incontro nella vita

Non mi descrive affatto

Non mi descrive

Neutro

Mi descrive

Mi descrive molto bene

B2. Valutazione Concomitante delle condizioni legate al sonno – Self Report

B2.1 SCREENING APNEE DEL SONNO

STOP-BANG Questionnaire

Si prega di contrassegnare quale delle seguenti domande hai risposto positivamente

Russi rumorosamente?

Ti senti spesso stanco, affaticato o assonnato durante il giorno?

Qualcuno ha notato che smetti di respirare o di soffocare/ansimare durante il sonno?

Hai o sei in cura per ipertensione?

Indice di massa corporea superiore a 35?

Hai più di 50 anni?

Misura del collo grande (43 cm o più per i maschi; 41 cm o più per le femmine)?

Sesso=Maschio?

B2.2 SCREENING INSONNIA

Sleep Disorder Questionnaire - Insomnia items (Q13-19)

Indica quale delle seguenti affermazioni può essere applicata a te

Ho difficoltà ad addormentarmi

I pensieri corrono nella mia mente e mi impediscono di dormire

Prevedo un problema con il sonno più volte alla settimana

Mi sveglio e non riesco a riaddormentarmi

Mi preoccupa per le cose e ho problemi a rilassarmi

Mi sveglio la mattina prima di quanto vorrei

Rimango sveglio per mezz'ora o più prima di addormentarmi

B2.3 SINDROME DA MOVIMENTI PERIODICI DELLE GAMBE e SCREENING SINDROME DELLE GAMBE SENZA RIPOSO

Sleep Disorder Questionnaire - PLMD and RLS items (Q 28-34)

Indica quale delle seguenti affermazioni può essere applicata a te

A parte quando mi alleno, avverto ancora tensione muscolare nelle gambe

Ho notato (o altri hanno commentato) che parti del mio corpo sussultano durante il sonno

Mi è stato detto che scalcio di notte

Quando provo ad andare a dormire, provo una sensazione di dolore o di bruciore alle gambe

Di notte provo dolore alle gambe e crampi

A volte non riesco a tenere le gambe ferme di notte. Devo solo spostarli per sentirmi a mio agio

Anche se ho dormito di notte, ho sonno durante il giorno

B2.4 COMPORTAMENTI ORALI - POSIZIONE DEL SONNO

In base all'ultimo mese, quante volte dormi in una posizione che mette pressione sulla mascella?

From DC-TMD English Assessment Instruments_2018_04_25_secured (THE ORAL BEHAVIOR CHECKLIST) (question #2)

Nessuna delle volte

Un po' di tempo

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Tutto il tempo

Non lo so

B3. Valutazione Concomitante Delle Condizioni Non Legate Al Sonno – Self Report

B3.1 COMPORTAMENTI ORALI – ATTIVITA' DURANTE LE ORE DI VEGLIA

In base all'ultimo mese, con quale frequenza svolgi ciascuna delle seguenti attività?

From DC-TMD English Assessment Instruments_2018_04_25_secured (THE ORAL BEHAVIOR CHECKLIST) (questions #7-21)

Q7. Tieni o sporgi la mascella in avanti o di lato

Nessuna delle volte

Un po' di tempo

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Tutto il tempo

Non lo so

Q8. Premi con forza la lingua contro i denti

Nessuna delle volte

Un po' di tempo

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Tutto il tempo

Non lo so

Q9. Posizioni la lingua tra i denti

Nessuna delle volte

Un po' di tempo

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Tutto il tempo

Non lo so

Q10. Mordi, mastichi o giochi con la lingua, le guance o le labbra

Nessuna delle volte

Un po' di tempo

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Tutto il tempo

Non lo so

Q11. Tenere la mascella in posizione rigida o tesa, ad esempio per rinforzare o proteggere la mascella

Nessuna delle volte

Un po' di tempo

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Tutto il tempo

Non lo so

Q12. Tenere tra i denti o mordere oggetti come capelli, pipa, matite, penne, dita, unghie ecc

Nessuna delle volte

Un po' di tempo

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Tutto il tempo

Non lo so

Q13. Usi chewing gum

Nessuna delle volte

Un po' di tempo

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Tutto il tempo

Non lo so

Q14. Suoni uno strumento musicale che prevede l'uso della bocca o della mascella

Nessuna delle volte

Un po' di tempo

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Tutto il tempo

Non lo so

Q15. Ti appoggi con la mano sulla mascella, ad esempio accarezzando o appoggiando il mento nella mano

Nessuna delle volte

Un po' di tempo

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Tutto il tempo

Non lo so

Q16. Masticare il cibo solo da un lato

Nessuna delle volte

Un po' di tempo

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Tutto il tempo

Non lo so

Q17. Mangi tra i pasti

Nessuna delle volte

Un po' di tempo

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Tutto il tempo

Non lo so

Q18. Parli in modo sostenuto (es, insegnamento, vendite, servizio clienti)

Nessuna delle volte

Un po' di tempo

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Tutto il tempo

Non lo so

Q19. Canti

Nessuna delle volte

Un po' di tempo

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Tutto il tempo

Non lo so

Q20. Sbadigli

Nessuna delle volte

Un po' di tempo

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Tutto il tempo

Non lo so

Q21. Tieni il telefono tra la testa e le spalle

Nessuna delle volte

Un po' di tempo

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Tutto il tempo

Non lo so

B3.2 USO DELLO SMARTPHONE (Opzionale)

Indica il tempo medio/al giorno di utilizzo dello smartphone

B3.3 DISORDINI MOTORI OROFACCIALI

Ti è stata diagnosticata o soffri di possibili segni di una delle seguenti condizioni? Based on RDC/TMD (INFORM) Network suggestions for expanding orofacial pain taxonomy (Peck et al., 2014)

Discinesia orofacciale

Distonia oromandibolare

Morbo di Parkinson
Malattia di Huntington
Sindrome di Tourette
Spasmo emifacciale
Discinesia tardiva

B3.4 SCREENING MALATTIA DE REFLUSSO GASTROESOFAGEO

Quante volte alla settimana si manifesta ciascuno dei seguenti sintomi? GERD-Q full instrument

A. Sensazione di bruciore dietro lo sterno (bruciore di stomaco)

0 giorni
1 giorno
2-3 giorni
4-7 giorni

B. Contenuto dello stomaco che sale alla gola o alla 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 la notte 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 MALATTIE AUTOIMMUNE O MALATTIE TESSUTO CONNETTIVO

Ti è stata diagnosticata una delle seguenti condizioni?

From RDC_Booklet_updated2011-modified_2015_12_01-1-5 (HISTORY QUESTIONNAIRE - question 16A - modified)

Artrite reumatoide
Lupus

Altre malattie reumatiche sistemiche, inclusa la fibromialgia

Altre condizioni sistemiche, tra cui sclerosi sistemica, polimialgia reumatica, malattie connettive miste

B3.6 SINDROME DA DEFICIT DI ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ

Additional question

Ti è stato diagnosticato un disturbo da deficit di attenzione e iperattività?

No

Sì

B4. Valutazione Dei Farmaci Prescritti e Dell'Uso di Sostanze

– Self Report

B4.1 DROGHE

Contrassegna se fai uso di droghe ricreative o di strada

In caso affermativo, indica quali droghe usi per scopi ricreativi _____

B4.2 FARMACI

Sei attualmente sotto uno dei seguenti farmaci?

Antidepressivi (ad es. Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina)

Benzodiazepine

Neurolettici, Antipsicotici, Antiemetici (antagonisti della dopamina)

Farmaci per l'ADHD

Farmaco antiallergico

CBD di marijuana medica

Marijuana medica TSH

oppioidi

Altri

In caso affermativo, elencare tutti i farmaci e il dosaggio

B4.3 TABACCO

Fumi o usi prodotti del tabacco?

No

Sì

Ho messo

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

B4.4 ALCOL

Bevi mai bevande alcoliche (birra, vino, superalcolici)?

No

Sì

Ho smesso

Se sì, qual è la tua assunzione approssimativa di queste bevande alcoliche (bicchieri/giorno)?

B4.5 SOFT DRINKS

Bevi regolarmente bibite gassate (es. Cola – RedBull – Sprite – Fanta)?

No

Sì

Ho smesso

Se sì, qual è la tua assunzione approssimativa (bicchieri/giorno)? _____

B4.6 SUCCHI DI FRUTTA E FRUTTA

Bevi regolarmente succhi o agrumi (es. limone, arancia, pompelmo)?

No

Sì

Ho smesso

Se sì, qual è la tua assunzione approssimativa (bicchieri/giorno)? _____

B4.7 CAFFEINA

Bevi regolarmente caffè, tè o altre bevande a base di caffeina?

No

Sì

Ho smesso

Se sì, qual è la tua assunzione approssimativa (tazze/giorno)? _____

B5. Valutazione fattori addizionali

B5.1 SCREENING BRUXISMO FAMILIARE

Conosci qualcuno nella tua famiglia (per esempio, padre, madre, figli) che ha avuto una storia di bruxismo?

No

Sì Padre/Madre/Figlio/Figlia/Nonno/Nonna

Non lo so

B5.2 SCREENING USURA DENTALE FAMILIARE

Conosci qualcuno nella tua famiglia (ad esempio, padre, madre, figli) che ha segni di usura dei denti?

No

Sì Padre/Madre/Figlio/Figlia/Nonno/Nonna

Non lo so

B5.3 SCREENING OSA FAMILIARE

Conoscete qualcuno nella vostra famiglia (per esempio, padre, madre, figli) che soffre di apnea notturna?

No

Sì Padre/Madre/Figlio/Figlia/Nonno/Nonna

Non lo so

B5.4 SCREENING DOLORE OROFACCIALE

Conosci qualcuno nella tua famiglia (per esempio, padre, madre, figli) che ha dolore facciale non-odontogeno?

No

Sì Padre/Madre/Figlio/Figlia/Nonno/Nonna

Non lo so

B5.5 SCREENING GERD FAMILIARE

Conoscete qualcuno nella vostra famiglia (per esempio, padre, madre, figli) che ha una malattia da reflusso gastroesofageo?

No

Sì Padre/Madre/Figlio/Figlia/Nonno/Nonna

Non lo so