

COMMON FORWARD TRANSLATION

Strumento standardizzato per la Valutazione del Bruxismo

STAB

Strumento completo

VERSIONE ITALIANA

Gennaio 2023

Indice

Questionari Demografici	Pagina	3
Asse A – Valutazione dello stato e delle conseguenze del Bruxismo		4
Valutazione Basata sul Soggetto (VBS _o)* – Autovalutazione		5
A1. Resoconto sul bruxismo del sonno		5
A2. Resoconto sul bruxismo della veglia		6
A3. Disturbi del paziente		8
Valutazione Basata sulla Clinica (VBC) – Resoconto dell'esaminatore		11
A4. Articolazioni e muscolatura		11
A5. Tessuti intraorali e extraorali		12
A6. Denti e Restauri		13
Valutazione Basata sugli Strumenti (VBSt)* – Resoconto strumentale		15
A7. Bruxismo del sonno		15
A8. Bruxismo della veglia		16
A9. Strumenti aggiuntivi		17
Asse B – Fattori di Rischio, eziologici e condizioni di comorbidità		18
B1. Valutazione Psicologica		19
B2. Valutazione delle condizioni concomitanti, relative al sonno		21
B3. Valutazione delle condizioni concomitanti, non relative al sonno		22
B4. Valutazione sui farmaci prescritti e utilizzo di sostanze		26
B5. Valutazione di ulteriori fattori		28

* la lettera minuscola serve a differenziare la sigla, altrimenti sarebbero uguali....suggerimenti???

Strumento standardizzato per la Valutazione del Bruxismo (STAB)

Questionario demografico

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 quale 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 dell'obbligo (<16 anni)

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

Università, senza conseguire la Laurea

Laureato/a

Livello post-Laurea

ASSE A - Valutazione dello stato e delle conseguenze del bruxismo

Valutazione Basata sul Soggetto (VBSO) – Autovalutazione

A1. Resoconto sul bruxismo del sonno

A1.1 DOMANDA SUL BRUXISMO DEL SONNO

Durante l'ultimo mese, con quale frequenza ha serrato o digrignato i denti mentre dormiva?
(basandosi 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 so

A1.1.1 DOMANDA SUL BRUXISMO DEL SONNO, IN PASSATO

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

No

Sì

Non so

A2. Resoconto sul bruxismo della veglia

A2.1 DOMANDA SUL DIGRIGNAMENTO DEI DENTI DURANTE LA VEGLIA

In questo ultimo mese, con quale frequenza ha digrignato i denti da sveglia/a?

Mai

Quasi mai

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Sempre

Non so

A2.1.1 DOMANDA SUL DIGRIGNAMENTO DURANTE LA VEGLIA, IN PASSATO

In passato, era abituato a digrignare i denti durante il giorno?

No

Sì

Non so

A2.2 DOMANDA SUL SERRAMENTO DEI DENTI DURANTE LA VEGLIA

In questo ultimo mese, con quale frequenza ha serrato i denti da sveglio/a?

Mai
Quasi mai
Alcune volte
La maggior parte delle volte
Sempre
Non so

A2.2.1 DOMANDA SUL SERRAMENTO DEI DENTI DURANTE LA VEGLIA, IN PASSATO

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

No
Sì
Non so

A2.3 DOMANDE SUL CONTATTO TRA DENTI DA SVEGLIO

In questo ultimo mese, quanto frequentemente ha premuto, toccato o mantenuto i suoi denti a contatto tra loro (contatto tra i denti dell'arcata superiore e inferiore), escludendo durante i pasti?

Mai
Quasi mai
Alcune volte
La maggior parte delle volte
Sempre
Non so

A2.3.1 DOMANDE SUL CONTATTO TRA I DENTI DURANTE LA VEGLIA, IN PASSATO

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

No
Sì
Non ne sono a conoscenza

A2.4 DOMANDA SUL SERRAMENTO MANDIBOLARE DURANTE LA VEGLIA

In questo ultimo mese, quanto frequentemente ha mantenuto in tensione i suoi muscoli senza serrare o mettere in contatto i suoi denti ?

Mai
Quasi mai
Alcune volte
La maggior parte delle volte
Sempre
Non so

A2.4.1 DOMANDA SUL SERRAMENTO MANDIBOLARE DURANTE LA VEGLIA, IN PASSATO

In passato, era abituato/a ad irrigidire o mantenere i suoi muscoli in tensione, senza serrare o mettere in contatto i suoi denti?

No

Sì

Non ne sono a conoscenza

A3. Disturbi del paziente

DISORDINI TEMPOROMANDIBOLARI

A3.1 DOLORE NEI DISORDINI TEMPOROMANDIBOLARI

Negli ultimi 30 giorni, per quanto tempo ha provato un qualsiasi dolore alla mandibola o alle tempie, da entrambe le parti ?

Nessun dolore

Dolore che va e viene

Dolore costante

A3.2 DOLORE O RIGIDITÀ AL RISVEGLIO

Negli ultimi 30 giorni ha avuto dolore o rigidità alla mandibola durante il risveglio?

No

Sì

A3.3 BLOCCO MANDIBOLARE

Negli ultimi 30 giorni, ha avuto la mandibola bloccata, anche solo per un attimo, tanto da non riuscire ad aprire la bocca completamente?

No

Sì

A3.4 CAMBIAMENTI DEL DOLORE IN BASE ALLE ATTIVITÀ

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

Masticare con forza o masticare cibo duro

Aprire la bocca, muovere la mandibola in avanti o di lato

Mantenere i denti a contatto, serrare, digrignare o masticare chewing gum

Altre attività come parlare, baciare, sbadigliare

A3.5 RUMORI DELL'ARTICOLAZIONE DELLA MANDIBOLA

Negli ultimi 30 giorni, ha sentito qualsiasi rumore proveniente dall'articolazione della mandibola durante i movimenti?

No

Sì

A3.6 DOLORE MUSCOLARE DURANTE LA VEGLIA

Negli ultimi 30 giorni, ha avuto un dolore muscolare alla mandibola 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 STANCHEZZA O FATICA MUSCOLARE DURANTE LA VEGLIA

Negli ultimi 30 giorni, ha avuto una sensazione di stanchezza, fatica o rigidità dei muscoli della mandibola, 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

Sei consapevole di uno dei seguenti sintomi al risveglio?

Sensazione di affaticamento, indolenzimento o tensione alla mandibola

Sensazione che i 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 mandibola per rilassarla

Difficoltà ad aprire la bocca al risveglio

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

MAL DI TESTA

A3.8 MAL DI TESTA

Negli ultimi 30 giorni, ha avuto mal di testa che coinvolgesse anche l'area delle tempie?

No

Sì

Se sì -per quanti giorni?

USURA DENTALE

A3.9 USURA DENTALE

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

Sensibilità e/o dolore: sì/no

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

Deterioramento dell'aspetto estetico (compromissione dell'estetica del sorriso): sì/no

Danneggiamenti dei tessuti duri dentali e dei restauri: sì/no

Compromissione della fonetica: sì/no

ACUFENE

A3.10 ACUFENE

Sente rumori o fischi nelle sue orecchie (acufene)?

No

Sì

XEROSTOMIA E IPERSALIVAZIONE

A3.11 XEROSTOMIA

Sente la sua bocca secca?

Mai

Occasionalmente

Spesso

A3.12 IPERSALIVAZIONE

Ha mai avuto la perdita di saliva durante la notte?

Non ho mai avuto 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

il mio cuscino e le altre lenzuola si bagnano ogni notte

Valutazione Basata sulla Clinica (VBC) – Resoconto dell'Esaminatore (AD L'USO DELL'ESAMINATORE)

A4. Articolazioni e Muscoli

A4.1 DIAGNOSI DISORDINI TEMPORO MANDIBOLARI

Segni la presenza delle seguenti diagnosi

A4.1.1. DISTURBI DEL 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

Mialgia

Dolore miofasciale diffuso

Dolore miofasciale con irradiazione

Artralgia destra

Artralgia sinistra

Mal di testa attribuito ai DTM

A4.1.2. DISORDINI ATM 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 e 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. DISORDINI ATM SINISTRA*

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

Dislocazione del disco con riduzione

Dislocazione del disco con riduzione e 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	
Dentellatura sulla mucosa labiale	Superiore	Inferiore	
Dentellatura sulla mucosa labiale	Sinistra	Davanti	Destra
Ulcerazione della lingua*	Sinistra	Davanti	Destra
Esostosi dell'osso alveolare	Mandibolare (vestibolare/Linguale)		Mascellare
	(vestibolare/palatale/Medio-palatale)		

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

A5.2 POSIZIONE DELLA LINGUA DI FRIEDMAN MODIFICATA



Category I:

No phonation/ tongue depressor – uvula and palatal arch visible

Senza fonazione/ depressore della lingua
Ugola e arco palatale visibile



Category II:

With phonation – uvula and palatal arch visible

Con fonazione
Ugola e arco palatale visibile



Category III:

With tongue depressor – uvula and palatal arch visible

Con depressore della lingua
Ugola e arco palatale visibile



Category IV:

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

Con fonazione e depressore della lingua
Ugola e arco palatale non visibile

A5.3 CLASSE SCHELETRICA (Opzionale)

Classe 1

Classe 2

Classe 3



Skeletal Class III
Facial Profile

III Classe scheletrica
Profilo facciale

Skeletal Class I
Facial Profile

I Classe scheletrica
Profilo facciale

Skeletal Class II
Facial Profile

II Classe scheletrica
Profilo facciale

A5.4 PROFILO SCHELETRICO (Opzionale)

Profilo Normodivergente (Angolo goniaco medio)

Profilo Ipodivergente (Angolo goniaco basso)

Profilo Iperdivergente (Angolo goniaco alto)



Normodivergent

Hypodivergent

Hyperdivergent

A6. Denti e Restauri

A6.1 CONTROLLO DELL'USURA DENTALE – QUANTIFICAZIONE

Indichi il punteggio più elevato dell'usura dentale per sestante

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

A.6.1.1 QUALIFICAZIONE DELL'USURA DENTALE*

* Durante la quantificazione, se è riscontrato un grado ≥ 2 , è necessaria la qualificazione.

Segni clinici che indicano l'influenza di fattori meccanici:

Sfaccettature brillanti, piatte e lucide

Smalto e dentina usurati allo stesso livello

Usure sulle superfici occlusali con caratteristiche corrispondenti ai denti antagonisti

Fratture di cuspidi o restauri

Segni nelle guance, sulla lingua e/o sulle labbra

Lesioni Cervicali Non Cariose (LCNC) localizzate nelle aree cervicali dei denti ???

Lesioni Cervicali Non Cariose (LCNC) vestibolari, più ampie che profonde ???

Aree cervicali dei premolari e dei canini compromesse

Incrinature nello smalto

Tori mandibolari

A6.2 ESAME PARODONTALE E DENTALE

Indicare il numero di denti con i seguenti segni

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

A6.3 RESTAURI

Indicare il numero di denti/impianti con i seguenti segni.

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

A6.4 VALUTAZIONE DEL BITE (placca intraorale in resina dura usata dal paziente)

Indichi 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



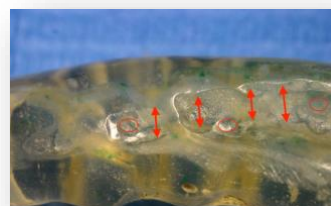
Example of grinding marks

Esempio di segni di digrignamento



Example of clenching marks.

Esempio di segni di serramento dentale



Example of combined marks.

Esempio di segni combinati

Valutazione Basata sugli Strumenti (VBSt) – Report Tecnologico

A7. Bruxismo del sonno

A7.1 ELECTROMIOGRAFIA

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

A7.2 POLYSOMNOGRAFIA (Opzionale)

Numero di risvegli legati al bruxismo del sonno _____
Numero di risvegli non legati al bruxismo del sonno _____
Indice del tempo di bruxismo (se disponibile) _____
Indice del lavoro di bruxismo (se disponibile) _____

A7.3 ALTRI METODI (Opzionale)

Punteggio di applicazione per smartphone per rumori da digrignamento

A7.4 APPARECCHIO CON SENSORI (Opzionale)

Numero di eventi di pressione sul bite

A8. Bruxismo Diurno

A8.1 VALUTAZIONE ECOLOGICA ISTANTANEA -Report di una settimana

CONDIZIONE	Settimana 1 (in %)	Altre settimane (in %)
Muscoli mascellari rilassati (e denti non in contatto)		
Serramento mandibolare (senza contatto tra denti)		
Contatto tra denti (leggero contatto in posizione fissa)		
Serramento dentale (forte contatto in posizione fissa)		
Digrignamento dentale		

A8.2 ELETTROMIOGRAFIA DURANTE LA VEGLIA

Numero di eventi del massetere oltre il 10% MVC

Indice del tempo di bruxismo (se disponibile)

Indice del lavoro di 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 Psicosociale – Self Report

B1.1 SCREENING per ANSIA e DEPRESSIONE

Nelle ultime due settimane, quante volte sei stato disturbato/a dai seguenti problemi?

1. Sensazione di nervosismo, ansia o di essere al limite.

Mai

Alcuni giorni

Più della metà dei giorni

Quasi tutti i giorni

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

Mai

Alcuni giorni

Più della metà dei giorni

Quasi tutti i giorni

3. Poco interesse o piacere nel fare le cose

Mai

Alcuni giorni

Più della metà dei giorni

Quasi tutti i giorni

4. Sentirsi giù di morale, depresso o senza speranze

Mai

Alcuni giorni

Più della metà dei giorni

Quasi tutti i giorni

B1.2 ADATTAMENTO

Valuti quanto precisamente le seguenti affermazioni descrivono I suoi atteggiamenti e azioni

1. Cerco modi creativi per cambiare le situazioni difficili

*Tendo a cercare modi creativi per affrontare situazioni difficili.**

Non mi descrive per niente

Non mi descrive

Neutrale

Mi descrive

Mi descrive molto bene

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

*Non importa quel che mi succede, sono fiducioso/a di poter controllare la mia reazione**

Non mi descrive per niente

Non mi descrive

Neutrale

Mi descrive

Mi descrive molto bene

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

*Penso di poter imparare cose positive quando devo affrontare situazioni difficili.**

Non mi descrive per niente

Non mi descrive

Neutrale

Mi descrive

Mi descrive molto bene

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

*Ricerco attivamente modi per sostituire le perdite che mi capitano nella vita.**

Non mi descrive per niente

Non mi descrive

Neutrale

Mi descrive

Mi descrive alla perfezione

* <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.641213/full>

B2. Valutazione delle condizioni concomitanti 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 è in cura 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 essere applicata a lei

Ho difficoltà nell'addormentarmi

I pensieri occupano la mia mente e mi impediscono di dormire

Prevedo un problema con il sonno più volte alla settimana

Una volta sveglio, non sono più in grado di riaddormentarmi

Mi preoccupa per le cose e ho problemi a rilassarmi

Mi sveglio al mattino prima di quanto vorrei

Rimango sveglio per mezz'ora o più prima di addormentarmi

B2.3 SCREENING DEL DISTURBO DA MOVIMENTI PERIODICI E SINDROME DELLE GAMBE SENZA RIPOSO. Indichi quale delle seguenti affermazioni può essere applicata a lei

A parte quando faccio esercizio fisico, avverto ancora tensione muscolare nelle gambe.

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

Mi è stato detto che scalcio di notte.

Quando provo ad addormentarmi, provo una sensazione di dolore o formicolio ????? alle gambe.

Di notte provo dolore e crampi alle gambe.

A volte non riesco a tenere le 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

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

Mai

Quasi mai

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Sempre

Non so

B3. Valutazione delle condizioni concomitanti non relative al sonno– Self Report

B3.1 COMPORTAMENTI ORALI – ATTIVITÀ DURANTE LE ORE DI VEGLIA

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

Q7. Mantenere o spingere in avanti o sul lato la mandibola

Mai

Quasi mai

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Sempre

Non so

Q8. Premere fortemente la lingua contro i denti

Mai

Quasi mai

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Sempre

Non so

Q9. Posizionare la lingua tra i denti

Mai

Quasi mai

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Sempre

Non so

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

Mai

Quasi mai

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Sempre

Non so

Q11. Mantenere la mandibola in una posizione rigida o di tensione, tipo per bloccarla o proteggerla

Mai

Quasi mai

Alcune volte

La maggior parte delle volte

Sempre

Non so

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

Mai
Quasi mai
Alcune volte
La maggior parte delle volte
Sempre
Non so

Q13. Masticare chewing gum
Mai
Quasi mai
Alcune volte
La maggior parte delle volte
Sempre
Non so

Q14. Suonare uno strumento che comprende l'utilizzo della bocca o della mandibola
Mai
Quasi mai
Alcune volte
La maggior parte delle volte
Sempre
Non so

Q15. Appoggiarsi alla mandibola con la propria mano, tipo coppetta, per riposare il mento sulla mano.
Mai
Quasi mai
Alcune volte
La maggior parte delle volte
Sempre
Non so

Q16. Masticare il cibo solo da un lato
Mai
Quasi mai
Alcune volte
La maggior parte delle volte
Sempre
Non so

Q17. Mangiare tra i pasti
Mai
Quasi mai
Alcune volte
La maggior parte delle volte
Sempre
Non so

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

Quasi mai
Alcune volte
La maggior parte delle volte
Sempre
Non so

Q19. Cantare

Mai
Quasi mai
Alcune volte
La maggior parte delle volte
Sempre
Non so

Q20. Sbadigliare

Mai
Quasi mai
Alcune volte
La maggior parte delle volte
Sempre
Non so

Q21. Mantenere il telefono tra le spalle e la testa

Mai
Quasi mai
Alcune volte
La maggior parte delle volte
Sempre
Non so

B3.2 UTILIZZO DEL TELEFONO (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?

Discinesia Orofacciale
Distonia Oromandibolare
Malattia di Parkinson
Malattia di Huntington
Sindrome di Tourette
Spasmi Emifacciali
Discinesia 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 MALATTIE AUTOIMMUNI O DEL TESSUTO CONNETTICO

È stato diagnosticato una delle seguenti condizioni?

Artrite reumatoide

Lupus

Altre malattie reumatiche sistemiche, inclusa la fibromialgia

Altre condizioni sistemiche, inclusa la sclerosi multipla, polimialgia reumatica, malattie connettive miste

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

È stato diagnosticato il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività?

No

Si

B4. Valutazione farmaci prescritti e utilizzo di altre sostanze – Self Report

B4.1 DROGHE

Segni se fa uso di droghe ricreative 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

Neurolettici, Antipsicotici, Antiemetici (antagonisti della dopamina)

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 ALCOL

Beve 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 mangia frutti contenenti acido citrico (e.g., limone, arancia, pompelmo, 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 alter bevande con caffeina?

No

Sì

Ho smesso

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

B5. Valutazioni aggiuntive

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