STAB STANDARDIZED TOOL FOR THE ASSESSMENT OF BRUXISM

Original language: English

Translation to: _____

Date of translation: _____

Translation team

Project leader: _____
Team leader: _____
Study coordinator 1: _____
Study coordinator 2:_____
Study coordinator 3:_____
Forward translator 1: _____
Forward translator 2: _____
Back- translator 1: _____
Back- translator 2:_____

Collaborators

Expert panellist 1: _____
Expert panellist 2: _____
Expert panellist 3: _____
Expert panellist 4:_____
Expert panellist 5:_____

Standardized Tool for the Assessment of Bruxism (STAB)
Instrumento Padronizado para Avaliação de Bruxismo (STAB)

Demographics Questionnaire
Questionário Demográfico

Sex sexo
Male Masculino
Female Feminino
Unspecified/Other Não declarado/Outro

Age Idade
Height Altura
Weight Peso

What is your current marital status?
Qual é seu estado civil?

Married Casado
Living as married Vivendo em união estável
Divorced Divorciado
Separated Separado
Widowed Viúvo
Never married Nunca casou

What is the highest grade or level of schooling that you have completed?
Qual é o seu grau de escolaridade completo?

Compulsory school (<16 years)
Ensino Básico (<16 anos) - OBS: no Brasil as pessoas não terminam o ensino básico com
Secondary school (e.g., high school) up to 18 years
Ensino Médio (no Brasil, esse exemplo não faz sentido) até 18 anos
Some University (no degree) Ensino Superior Incompleto
University graduate Ensino Superior Completo
Post-graduate level Pós-graduação

Subject Based Assessment (SBA) Self Report
Avaliação Baseada no Auto relato (SBA)

A1. Sleep Bruxism report
Relato de Bruxismo do Sono

A1.1 SLEEP BRUXISM QUESTION
Pergunta sobre Bruxismo do Sono

How often do you clench or grind your teeth when asleep based on the last month (based on any information you may have)?
Com que frequência você apertou ou rangeu os dentes quando estava dormindo no último mês (baseado em qualquer informação que você possa ter)?

None of the time Nunca
Less than one night/ month Menos que uma noite/mês
1-3 nights / month 1 - 3 noites/mês
1-3 nights/ week 1 - 3 noites/semana
4-7 nights / week 4 - 7 noites/semana
Don't know Não sei

A1.1.1 SLEEP BRUXISM HISTORY QUESTION
Pergunta sobre histórico de bruxismo do sono

Did you use to clench or grind your teeth when asleep in the past, based on any information you have?
Você costumava apertar ou ranger os dentes durante o sono no passado, baseado em qualquer informação que você possa ter?

No Não
Yes Sim
Don't know Não sei

A2. Awake Bruxism report
Relato de Bruxismo em Vigília

A2.1 AWAKE TEETH GRINDING QUESTION
Pergunta sobre ranger os dentes em vigília

How often do you grind your teeth together during waking hours, based on the last month?
Com que frequência você range seus dentes em vigília, baseado no último mês?

None of the time Nunca
A little of the time Um pouco do tempo
Some of the time Alguma parte do tempo
Most of the time A maior parte do tempo
All of the time Todo o tempo
Don't know Não sei

A2.1.1 AWAKE TEETH GRINDING HISTORY QUESTION
Pergunta sobre o histórico de ranger os dentes em vigília

Did you use to grind your teeth together during waking hours in the past?
Você costumava ranger seus dentes em vigília no passado?

No Não
Yes Sim
Don't know Não sei

A2.2 AWAKE TEETH CLENCHING QUESTION
Pergunta sobre apertamento dentário em vigília acordado

How often do you clench your teeth together during waking hours, based on the last month?
Com que frequência você aperta seus dentes em vigília, baseado no último mês?

None of the time Nunca
A little of the time Um pouco do tempo
Some of the time Alguma parte do tempo
Most of the time A maior parte do tempo
All of the time Todo o tempo
Don't know Não sei

A2.2.1 AWAKE TEETH CLENCHING HISTORY QUESTION

Pergunta sobre o histórico de apertamento dentário em vigília

Did you use to clench your teeth together during waking hours in the past?

Você costumava apertar seus dentes em vigília no passado?

No Não
Yes Sim
Don't know Não sei

A2.3 AWAKE TEETH CONTACT QUESTION

Pergunta sobre contato dentário em vigília

How often do you press, touch, or hold your teeth together other than while eating (that is, contact between upper and lower teeth), based on the last month?

Com que frequência você aperta, toca, ou segura seus dentes em contato, exceto durante a alimentação (contato entre os dentes superiores e inferiores), baseado no último mês?

None of the time Nunca
A little of the time Um pouco do tempo
Some of the time Alguma parte do tempo
Most of the time A maior parte do tempo
All of the time Todo o tempo
Don't know Não sei

A2.3.1 AWAKE TEETH CONTACT HISTORY QUESTION

Pergunta sobre o histórico de contato dentário em vigília

Did you use to press, touch, or hold your teeth together other than while eating (that is, contact between upper and lower teeth) in the past?

Você costumava apertar, tocar, ou segurar seus dentes em contato, exceto durante a alimentação (contato entre os dentes superiores e inferiores), no passado?

No Não
Yes Sim
Don't know Não sei

A2.4 AWAKE MANDIBLE BRACING QUESTION

Pergunta sobre tensionamento mandibular

How often do you hold, tighten, or tense your muscles without clenching or bringing teeth together, based on the last month?

Com que frequência você segura, aperta ou tensiona seus músculos sem apertar os dentes ou sem tocar os dentes, baseado no último mês?

None of the time Nunca
A little of the time Um pouco do tempo
Some of the time Alguma parte do tempo
Most of the time A maior parte do tempo
All of the time Todo o tempo
Don't know Não sei

A2.4.1 AWAKE MANDIBLE BRACING HISTORY QUESTION
Pergunta sobre histórico de tensionamento mandibular

Did you use to hold, tighten, or tense your muscles without clenching or bringing teeth together in the past?
Você costumava segurar, apertar ou tensionar seus músculos sem apertar os dentes ou sem tocar os dentes, no passado?

No Não
Yes Sim
Don't know Não sei

A3. Patient's complaints
Queixas do paciente

TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS
Disfunção Temporomandibular

A3.1 TMD PAIN
Dor na ATM

In the last 30 days, how long did any pain last in your jaw or temple area on either side?
Nos últimos 30 dias, quanto tempo durou qualquer dor em seus maxilares ou região das t

No pain Sem dor
Pain comes and goes A dor vai e volta
Pain is always present A dor está sempre presente

A3.2 PAIN OR STIFFNESS ON AWAKENING
Dor ou rigidez ao acordar

In the last 30 days, have you had pain or stiffness in your jaw on awakening?
Nos últimos 30 dias, você sentiu dor ou rigidez nos maxilares ao acordar?

No Não
Yes Sim

A3.3 CLOSED LOCK
Travamento

In the last 30 days, have you had your jaw locked or caught, even for a moment, so it would not open ALL THE WAY?
Nos últimos 30 dias, sua mandíbula ficou travada ou presa, mesmo que por apenas um momer de forma que você não conseguia abrir a boca COMPLETAMENTE?

No Não
Yes Sim

A3.4 PAIN CHANGE WITH ACTIVITIES
Alteração da dor durante atividades

In the last 30 days, did the following activities change any pain (that is, make it better or make it worse) in your jaw or temple on either side?
Nos últimos 30 dias, as seguintes atividades mudaram qualquer dor (tornou-a melhor ou pior) em seus maxilares ou têmporas dos dois lados?

Chewing hard or tough food
Mastigação de alimentos consistentes ou duros

Opening your mouth or moving your jaw forward or to the side
Abrir a sua boca ou movimentar sua mandíbula para frente ou para os lados

Jaw habits (e.g., holding teeth together, clenching, grinding, chewing gum) Other jaw activities such as talking, kissing, or yawning
Hábitos orais (por exemplo, segurar os dentes em contato, apertar ou ranger os dentes, masca
Outras atividades orais como falar, beijar, ou bocejar

A3.5 JAW JOINT NOISES
Sons articulares

In the last 30 days, have you had any jaw joint noise(s) when you moved or used your jaw?
Nos últimos 30 dias, você ouviu qualquer som nas suas articulações quando moveu ou usou a mandíbula?

No Não
Yes Sim

A3.6 WAKETIME MUSCLE PAIN
Dor muscular em vigília

In the last 30 days, did you have jaw muscle pain during any of the following times of the day?
Nos últimos 30 dias, você sentiu alguma dor nos músculos da mastigação em qualquer momento dos seguintes momentos do dia?

Between waking up and breakfast Entre o acordar e o café da manhã
Between breakfast and lunch Entre o café da manhã e o almoço
Between lunch and dinner Entre o almoço e o jantar
Between dinner and bedtime Entre o jantar e o horário de dormir

A3.6.1 WAKETIME MUSCLE TIREDNESS OR FATIGUE
Fadiga ou cansaço muscular em vigília

In the last 30 days, did you have jaw muscle stiffness or sensation or tiredness or fatigue during any of the following times of the day?
Durante os últimos 30 dias, você sentiu rigidez nos músculos da mastigação ou sensação de cansaço ou fadiga durante qualquer dos seguintes momentos do dia?

Between waking up and breakfast Between breakfast and lunch Between lunch and dinner Between dinner and bedtime
Entre o acordar e o café da manhã. Entre o café da manhã e o almoço. Entre o almoço e o jantar. Entre o jantar e a hora de dormir.

A3.7 AWAKENING SYMPTOMS QUESTION
Questão sobre sintomas ao acordar

Are you aware of any of the following symptoms upon awakening?
Você já observou qualquer um dos seguintes sintomas ao acordar?

Sensation of fatigue, soreness or tightness of your jaw
Sensação de fadiga, dor ou aperto na mandíbula

Feeling that your teeth are clenched or that your mouth is sore Aching of your temples
Sensação de que seus dentes estão apertados ou que sua boca está dolorida. Dolorimento nas têmporas

Feeling of tension in your jaw joint upon awakening and feeling that you have to move your lower jaw to release it
Sensação de tensão em suas ATMs ao acordar ou sensação de que você tem que movimentar sua mandíbula para liberá-las

Difficulty in opening mouth wide upon awakening
Dificuldade para abrir a boca ao acordar

Hearing or feeling a click in your jaw joint upon awakening that disappears afterwards
Ouvir ou sentir um estalido nas suas ATMs ao acordar que desaparece em seguida

A3.8 HEADACHE
Dor de Cabeça

In the past 30 days, have you had any headache that included the temple areas of your head?
Nos últimos 30 dias, você sentiu qualquer dor de cabeça, incluindo as têmporas?

No Não
Yes Sim

If yes – how many days? Se sim - em quantos dias?

A3.9 TOOTH WEAR
Desgaste Dentário

Do you experience any of the following symptoms because of the existing tooth wear?
Você tem tido qualquer dos seguintes sintomas por causa de desgastes dentários?

Sensitivity and/or pain Sensibilidade e/ou dor

Functional problems (difficulties chewing and eating)
Problemas funcionais (dificuldades em mastigar e comer)

Deterioration of esthetic appearance (compromised dental attractiveness) Crumbling of dental hard tissue and restorations
Deterioração da aparência estética (atratividade dentária comprometida). Fraturas/ desintegração de tecido dentário e restaurações

Phonetic impairment Alterações fonéticas

A3.10 TINNITUS
Zumbido

Do you have noises or ringing in your ears (tinnitus)?
Você sente sons ou zumbido nos ouvidos?

No Não
Yes Sim

A3.11 XEROSTOMIA
Xerostomia

Does your mouth feel dry? Você sente sua boca seca?

Never Nunca
Occasionally Ocasionalmente
Often Frequentemente

A3.12 DROOLING
Sialorreia

Do you experience loss of saliva during the night?
Você sofre perda de saliva durante a noite?

I do not experience loss of saliva during the night at all
Eu não tenho perda de saliva durante a noite

My pillow sometimes gets wet during the night
Meu travesseiro às vezes fica úmido durante a noite

My pillow regularly gets wet during the night
Meu travesseiro regularmente fica úmido durante a noite

My pillow always gets wet during the night
Meu travesseiro sempre fica úmido durante a noite

Every night my pillow and other bedclothes get wet
Toda noite meu travesseiro e outras roupas de cama ficam úmidos

Clinically Based Assessment (CBA)
Avaliação clínica (CBA)

Examiner Report (FOR EXAMINER'S USE)
Relatos do Examinador (PARA USO DO EXAMINADOR)

A4. Joints and muscles
Articulações e Músculos

A4.1 TMD DIAGNOSES (Optional Item)
Diagnóstico da DTM (Item opcional)

Mark the presence of the following diagnoses

Marque a presença dos seguintes diagnósticos

A4.1.1. PAIN DISORDERS*
Desordens dolorosas

*Please fill this section only if the item A3.3 (TMD Pain Screener) is positively endorsed by the patient
Por favor, preencha esta sessão somente se o item A3.3 (TMD pain screener) for respondido positivamente pelo paciente

Myalgia Mialgia
Myofascial pain with spreading Mialgia com dor espalhada
Myofascial pain with referral Mialgia com dor referida
Right arthralgia Artralgia lado direito
Left arthralgia Artralgia lado esquerdo
Headache attributed to TMD Cefaleia atribuída à DTM

A4.1.2. RIGHT TMJ DISORDERS*
Disfunção ATM direita

*Please specify if diagnosis is based upon clinical or imaging assessment
Por favor, especifique se o diagnóstico é baseado em avaliação clínica e de imagem

Disc displacement with reduction
Deslocamento do disco com redução

Disc displacement with reduction, with intermittent locking
Deslocamento do disco sem redução, com travamento intermitente

Disc displacement without reduction with limited opening
Deslocamento do disco sem redução com limitação de abertura

Disc displacement without reduction without limited opening
Deslocamento do disco sem redução sem limitação de abertura

Degenerative joint disease Desordem articular degenerativa

Subluxation Subluxação

A4.1.3. LEFT TMJ DISORDERS*
Disfunção ATM esquerda

Please specify if diagnosis is based upon clinical or imaging assessment
Por favor, especifique se o diagnóstico é baseado em avaliação clínica e de imagem

Disc displacement with reduction
Deslocamento do disco com redução

Disc displacement with reduction, with intermittent locking
Deslocamento do disco sem redução, com travamento intermitente

Disc displacement without reduction with limited opening
Deslocamento do disco sem redução com limitação de abertura

Disc displacement without reduction without limited opening
Deslocamento do disco sem redução sem limitação de abertura

Degenerative joint disease Desordem articular degenerativa

Subluxation Subluxação

A4.2 MASSETER MUSCLE HYPERTROPHY HIPERTROFIA DO MÚSCULO MASSETER

Mark the presence of masseter hypertrophy:
Marque a presença de hipertrofia do masseter

Left Esquerda
Right Direita

A5. Intra- and Extra-oral tissues
Tecidos Intra e Extra-Orais

A5.1 SOFT AND BONE TISSUES
Tecidos moles e ossos

Mark the presence of the following signs: Marque a presença dos seguintes sinais:

Linea alba
Linha alba
Left _____ Right direita

Lip impression
Marcações nos lábios
Upper Superior Lower Inferior

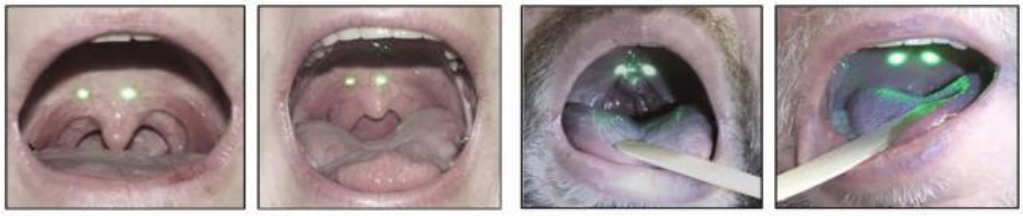
Tongue scalloping
Edentações na língua
Right Direito Front Anterior Left Esquerdo

Tongue ulceration*
Ulcerações na Língua
Right Direiro Front Anterior Left Esquerdo

Alveolar bone exostosis
Exostóses do osso alve
Mandible (Buccal/Lingual)
Mandíbula (vestibular/li
Maxilla (Buccal/Lingual/Midpalatal)
Maxila (Vestibular/Lingu

*If positive for firm, indurated, rolled borders – red flag for further urgent investigation
Se estiver presente uma lesão com bordas firmes, endurecidas e elevadas ou espessadas, iss

A5.2 MODIFIED FRIEDMAN TONGUE POSITION
Posição da língua de Friedman modificada



Categoria I	Categoria II	Categoria III	Categoria IV
Sem fonação/abai - úvula e arco pala visíveis	Com fonação - úv e arco palatino vis	Com depressor da língua - úvula e ar palatino visível	Com fonação/dep da língua - úvula e palatino não visíve

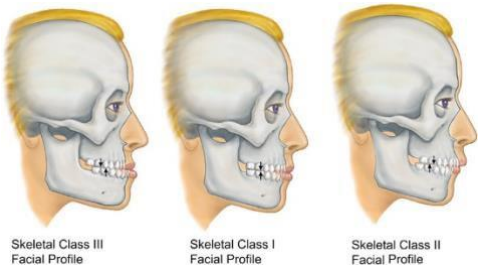
A5.3 SKELETAL CLASS (Optional Item)
Classe esquelética (Item opcional)

Class 1 Classe 1

Class 2 Classe 2

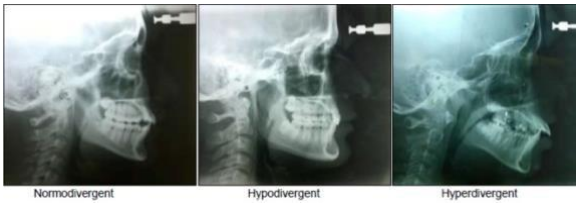
Class 3 Classe 3

Facial Profile Perfil facial



A5.4 SKELETAL PROFILE (Optional Item)

Perfil Esquelético (Item opcional)



Normodivergent profile (medlium gonial angle)

Perfil normodivergente (ângulo goníaco médio)

Hypodivergent profile (low gonial angle)

Perfil hipodivergente (ângulo goníaco reduzido)

Hyperdivergent profile (high gonial angle)

Perfil hiperdivergente (ângulo goníaco aumentado)

A6. Teeth and restorations
Dentes e Restaurações

A6.1 TOOTH WEAR SCREENING – QUANTIFICATION
TRIAGEM PARA DESGASTES DENTÁRIOS - QUANTIFICAÇÃO

Indicate the highest tooth wear score per sextant
Indica o escore mais alto de desgaste dentário por sextante

Sextante 1	**Sextant 1** Sextante 1	**Sextant 2** Sextante 2	**Sextant 3** Sextante 3	**Sextant 4** Sextante 4	**Sextant 5** Sextante 5	**Sextant 6** Sextante 6
Occlusal/Incisal Oclusal/ Incisal						
Palatal Palatina						

A.6.1.1 TOOTH WEAR QUALIFICATION*
QUANTIFICAÇÃO DO DESGASTE DENTÁRIO

*When during quantification a grade ≥ 2 is detected, qualification is needed.
* Quando durante a quantificação um grau maior ou igual a 2 é detectado, a quantificação é nec

Clinical signs indicating the influence of mechanical factors:

Shiny facets, flat and glossy
Facetas brilhantes, planas e polidas

Enamel and dentin wear at the same rate
Desgastes no esmalte e dentina na mesma proporção

Matching wear on occluding surfaces, corresponding features at the antagonistic teeth
Desgastes coincidentes nas superfícies de oclusão, características correspondentes nos dentes

Fracture of cusps or restorations
Fraturas de cúspides e restaurações

Impressions in cheek, tongue and/or lip
Impressões nas bochechas, língua e/ou lábios

Located at cervical areas of the teeth, Non Carious Cervical Lesions (NCCL)
Localizada na área cervical dos dentes, Lesão Cervical Não Cariosa (LCNC)

Buccal/cervical lesions more wide than deep, Non Carious Cervical Lesions (NCCL)
Lesão vestibular/cervical mais ampla que profunda, Lesão Cervical Não Cariosa (LCNC)

Cervical areas of premolars and cuspids are affected
Área cervical de pré-molar e cúspides são afetadas

Cracks within the enamel Rachaduras no esmalte

Torus mandibulae Tórus mandibular

A6.2 PERIODONTAL AND DENTAL EXAMINATION

EXAME DENTAL E PERIODONTAL

Indicate the number of teeth with the following signs

	Sextant 1 Sextant	**Sextant 2** Sextant	**Sextant 3** Sextant	**Sextant 4** Sextant	**Sextant 5** Sextant	**Sextant 6** Sextant
Mobility Mobilidad						
Thermal sensitivity Sensibili						
Discomfort/pain on biting Desconforto/dor na m						
Fractured teeth Dentes f						

A6.3 RESTORATIONS
RESTAURAÇÕES

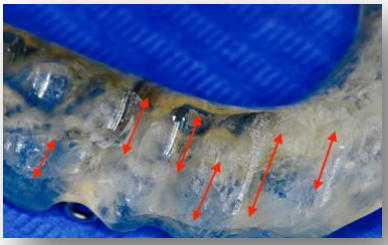
Indicate the number of teeth/implants with the following signs

	Sextant 1 Sextant	**Sextant 2** Sextant	**Sextant 3** Sextant	**Sextant 4** Sextant	**Sextant 5** Sextant	**Sextant 6** Sextant
Lost/broken fillings Restaurações						
Scratched restorations Restaurações						
Ceramic fractures Fraturas de						
Mobile implants Mobilidade em						
Implant fractures Fraturas de						
Implant screw loosening Perda de parafusos de implantes						

A6.4 ORAL APPLIANCE EVALUATION (If hard resin splint is used by the patient)
AVALIAÇÃO DE DISPOSITIVOS ORAIS (se o paciente utilizar placas de resina rígida)

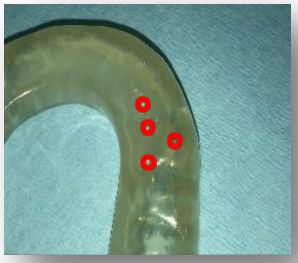
Mark the presence of the following signs:

Prevalence of grinding marks (i.e., stripes) Prevalência de marcas de atrito (isto é estrias d	Right Direito	Front Anterio	Left Esquer
Prevalence of clenching marks (i.e., circle-like spots) Prevalência de marcas de apertamento (isto é,	Right Direito	Front Anterio	Left Esquer
Combination of grinding and clenching marks Combinação de marcas de atrito e de apertame	Right Direito	Front Anterio	Left Esquer
Fractures or perforations Fraturas e perfurações	Right Direito	Front Anterio	Left Esquer



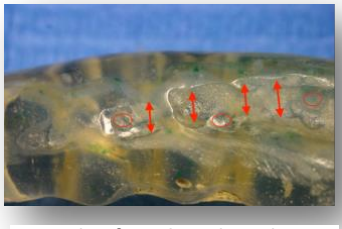
Example of grinding marks

Exemplo de marcas de atrito (ranger)



Example of clenching marks.

Exemplo de marcas d apertamento



Example of combined marks.

Exemplo de marcas combinadas

Instrumentally Based Assessment (IBA) Avaliação Baseada em Instrumentos

Technology Report Relato Tecnológico

A7. Sleep Bruxism

Bruxismo do Sono

A7.1 ELECTROMYOGRAPHY

Eletromiografia

Number of masseter events over 10% MVC

Número de eventos nos masseteres acima de 10% MVC

Bruxism time index (if available)

Índica de tempo de bruxismo (se disponível)

Bruxism work index (if available)

Índice de atividade do bruxismo

A7.2 POLYSOMNOGRAPHY (Optional)

POLISSONOGRAFIA (Opcional)

Number of arousal-related SB events

Número de despertares relacionados à eventos de Bruxismo do Sono

Number of arousal-unrelated SB events

Número de despertares não relacionados à eventos de Bruxismo do Sono

Bruxism time index (if available)

Índica de tempo de bruxismo (se disponível)

Bruxism work index (if available)

Índice de atividade do bruxismo

A7.3 OTHER METHODS (Optional)

OUTROS MÉTODOS (Opcional)

Smartphone application scores for grinding sounds

Escores de aplicativos de smartfones para sons de ranger

A7.4 APPLIANCE WITH SENSORS (Optional)

PLACAS COM SENSORES (opcional)

Number of events of bite pressure

Número de eventos de apertamento

A8. Awake Bruxism

Bruxismo em vigília

A8.1 ECOLOGICAL MOMENTARY ASSESSMENT - One week report

AVALIAÇÃO ECOLÓGICA MOMENTÂNEA - Relato de uma semana

CONDITION CONDIÇÃO	**Week 1 (in %)** Semana 1 (em %)	**Additional week(s) (in %)** Semana(s) adicional(is) (
Relaxed jaw muscles (no teeth contact) Músculos mandibulares relaxados (se		
Mandible bracing (no teeth contact) Tensionamento da mandíbula (sem c		
Teeth Contact (light steady touching) Contato dentário (toque leve e estátic		
Teeth Clenching (strong steady touching) Apertamento dentário (contato forte e		
Teeth Grinding Ranger de dentes		

A8.2 WAKE-TIME ELECTROMYOGRAPHY

ELETROMIOGRAFIA EM VIGÍLIA

Number of masseter events over 10% MVC Número de eventos nos masseteres acima de 10% MVC

Bruxism time index Índice de tempo de bruxismo

Bruxism work index Índice de atividade de bruxismo

A8.3 OTHER METHODS: To be determined

OUTROS MÉTODOS: A ser determinado

A9. Additional instruments

A9. Instrumentos adicionais

A9.1. INTRAORAL ACIDITY (Optional)

A9.1. Acidez intraoral (opcional)

REST SALIVARY PH PH salivar em repouso

REST SALVIARY FLOW Fluxo salivar em repouso

STIMULATED SALIVARY PH (paraffin)

PH salivar estimulado (parafina)

STIMULATED SALIVARY FLOW

Fluxo Salivar Estimulado

AXIS B – Risk and Etiological factors and comorbid conditions
Eixo B - Fatores etiológicos e de risco e condições comórbidas

B1. Psychosocial assessment Self Report
Avaliação psicossocial por autorrelato

B1.1 ANXIETY and DEPRESSION SCREENING
B1.1 TRIAGEM DE ANSIEDADE e DEPRESSÃO

In the last two weeks, how often have you been bothered by the following problems?
Nas últimas duas semanas, com que frequência você foi incomodada(o) pelos seguintes pr

1. Feeling nervous, anxious or on edge
1. Sentiu-se nervosa(o), ansiosa(o) ou no limite

Not at all Nunca
Several days Muitos dias
More than half the days Mais da metade dos dias
Nearly every day Quase todos os dias

2. Not being able to stop or control worrying
2. Não conseguiu parar ou controlar a preocupação

Not at all Nunca
Several days Muitos dias
More than half the days Mais da metade dos dias
Nearly every day Quase todos os dias

3. Little interest or pleasure in doing things
3. Com pouco interesse ou prazer em fazer as coisas

Not at all Nunca
Several days Muitos dias
More than half the days Mais da metade dos dias
Nearly every day Quase todos os dias

4. Feeling down, depressed, or hopeless

Not at all Nunca
Several days Muitos dias
More than half the days Mais da metade dos dias
Nearly every day Quase todos os dias

B1.2 COPING

ENFRENTAMENTO

Consider how well the following statements describe your behaviors and actions

considere quão bem as seguintes afirmações descrevem seu comportamento e ações

1. I look for creative ways to alter difficult situations

1. Eu procuro formas criativas de modificar situações difíceis

Does not describe me at all Não me descreve de forma nenhuma
Does not describe me Não me descreve
Neutral Neutro
Describes me Me descreve
Describes me very well Me descreve muito bem

2. Regardless of what happens to me, I believe I can control my reaction to it

2. Apesar do que acontece comigo, eu acredito que posso controlar minhas reações

Does not describe me at all Não me descreve de forma nenhuma
Does not describe me Não me descreve
Neutral Neutro
Describes me Me descreve
Describes me very well Me descreve muito bem

3. I Believe I can grow in positive ways by dealing with difficult situations

3. Eu acredito que posso crescer de forma positiva lidando com situações difíceis

Does not describe me at all Não me descreve de forma nenhuma
Does not describe me Não me descreve
Neutral Neutro
Describes me Me descreve
Describes me very well Me descreve muito bem

4. I actively look for ways to replace the losses I encounter in life Does not describe me at all

4. Eu olho ativamente para formas de substituir as perdas que sofro na vida

Does not describe me at all Não me descreve de forma nenhuma
Does not describe me Não me descreve
Neutral Neutro
Describes me Me descreve
Describes me very well Me descreve muito bem

B2. Concurrent sleep-related conditions assessment

B2. Avaliação de condições concomitantes relacionadas ao sono

Self Report

Autorrelato

B2.1 SLEEP APNEA SCREENING

B2.1 Triagem de apnéia do sono

Please mark which of the following questions is answered positively

Por favor, marque quais das seguintes questões são respondidas positivamente

Do you snore loudly?

Você ronca alto?

Do you often feel tired, fatigued or sleepy during daytime?

Você costuma se sentir cansada(o), fatigada(o) ou sonolenta(o) durante o dia?

Has anyone observed you stop breathing or choking/gasping during sleep?

Alguém já observou você parar de respirar ou ficar engasgada(o)/ofegante durante o sono?

Do you have or are being treated for high blood pressure?

Você tem ou está em tratamento para pressão alta?

Body mass Index more than 35?

Seu índice de massa corpora (IMC) é maior que 35?

Age older than 50?

Tem mais de 50 anos?

Neck size large (43 cm or larger for males; 41 cm or larger for females)?

Tem o pescoço largo (43 cm para homens; 41 cm ou mais para mulheres)?

Gender=male?

Gênero=masculino?

B2.2 INSOMNIA SCREENING

B2.2 TRIAGEM PARA INSÔNIA

Indicate which of the following statements can be applied to you

Indique quais das seguintes afirmativas se aplicam à você

I have difficulty falling asleep

Eu tenho dificuldade de pegar no sono

Thoughts race through my mind and prevent me from sleeping

Pensamentos correm pela minha mente e me impedem de dormir

I anticipate a problem with sleep several times a week I wake up and cannot go back to sleep

Prevejo um problema com o sono — várias vezes por semana eu acordo e não consigo volt

I worry about things and have problems relaxing

Eu me preocupo com as coisas e tenho problema para relaxar

I wake up earlier in the morning than I would like to

Eu acordo mais cedo do que eu gostaria

I lie awake for half an hour or more before I fall asleep

Fico acordada(o) na cama por meia hora ou mais antes de adormecer

B2.3 PERIODIC LIMB MOVEMENT DISORDER and RESTLESS LEG SYNDROME SCREENING

B2.3 TRIAGEM PARA DESORDEM DE MOVIMENTOS PERIÓDICOS DOS MEMBROS e S

Indicate which of the following statements can be applied to you

Indique quais das seguintes afirmações se aplicam à você

Other than when exercising, I still experience muscle tension in my legs

Sinto tensão nas pernas mesmo quando não faço exercícios

I have noticed (or other have commented) that parts of my body jerk during sleep

Eu tenho notado (ou outros comentaram) que partes do meu corpo se contraem durante o s

I have been told that I kick at night

Já me disseram que eu chuto à noite

When trying to go sleep, I experience an aching or crawling sensation in my legs I experience leg pain and cramps at night

Quando estou tentando dormir, eu sinto uma sensação de dor ou formigamento em minhas pernas, dor nas pernas ou cãimbras durante a noite

Sometimes I can't keep my legs still at night. I just have to move them to feel comfortable

Algumas vezes eu não consigo manter minhas pernas paradas à noite. Eu tenho que movim

Even though I slept during the night, I feel sleepy during the day

Mesmo dormindo à noite, sinto sono durante o dia

B2.4 ORAL BEHAVIORS - SLEEP POSITION

B2.4 COMPORTAMENTOS ORAIS - POSIÇÃO DE DORMIR

How often do you sleep in a position that puts pressure on the jaw, based on the last month?

Com que frequência você dorme em uma posição que coloca pressão na sua mandíbular, b

None of the time Nunca
A little of the time Um pouco do tempo
Some of the time Alguma parte do tempo
Most of the time A maior parte do tempo
All of the time Todo o tempo
Don't know Não sei

B3. Concurrent non-sleep conditions assessment

B3. Avaliação de condições concomitantes não relacionadas com o sono

Self Report

Autorrelato

B3.1 ORAL BEHAVIORS - ACTIVITIES DURING WAKING HOURS

B3.1 COMPORTAMENTOS ORAIS - ATIVIDADES DURANTE A VIGÍLIA

How often do you do each of the following activities, based on the last month?

Com que frequência você faz cada uma das seguintes atividades, baseado no último mês?

Q7. Hold or jut jaw forward or to the side

Q7. Seguro ou projeto a mandíbula para frente ou para o lado

None of the time Nunca
A little of the time Um pouco do tempo
Some of the time Alguma parte do tempo
Most of the time A maior parte do tempo
All of the time Todo o tempo
Don't know Não sei

Q8. Press tongue forcibly against teeth

Q8. Pressiono a língua contra os dentes

None of the time Nunca
A little of the time Um pouco do tempo
Some of the time Alguma parte do tempo
Most of the time A maior parte do tempo
All of the time Todo o tempo
Don't know Não sei

Q9. Place tongue between teeth

Q9. Mantenho a língua entre os dentes

None of the time Nunca
A little of the time Um pouco do tempo
Some of the time Alguma parte do tempo
Most of the time A maior parte do tempo
All of the time Todo o tempo
Don't know Não sei

Q10. Bite, chew or play with your tongue, cheeks or lips

Q10. Mordo, mastigo ou brinco com a língua, bochechas ou lábios

None of the time Nunca
A little of the time Um pouco do tempo
Some of the time Alguma parte do tempo
Most of the time A maior parte do tempo
All of the time Todo o tempo
Don't know Não sei

Q11. Hold jaw in rigid or tense position, such as to brace or protect the jaw

Q11. Seguro a mandíbula em uma posição rígida ou tensa, como para proteger ou susten

None of the time Nunca
A little of the time Um pouco do tempo
Some of the time Alguma parte do tempo
Most of the time A maior parte do tempo
All of the time Todo o tempo
Don't know Não sei

Q12. Hold between the teeth or bite objects such as hair, pipe, pencil, pens, fingers, fingernails etc

Q12. Seguro entre os dentes ou mordo objetos como cabelos, cachimbo, lápis, caneta, de

None of the time Nunca
A little of the time Um pouco do tempo
Some of the time Alguma parte do tempo
Most of the time A maior parte do tempo
All of the time Todo o tempo
Don't know Não sei

Q13. Use chewing gum Q13. Masco chicletes

None of the time Nunca
A little of the time Um pouco do tempo
Some of the time Alguma parte do tempo
Most of the time A maior parte do tempo
All of the time Todo o tempo
Don't know Não sei

Q14. Play musical instrument that involves use of mouth or jaw

Q14. Toco instrumento musical que envolve o uso da boca ou mandíbula

None of the time Nunca
A little of the time Um pouco do tempo
Some of the time Alguma parte do tempo
Most of the time A maior parte do tempo
All of the time Todo o tempo
Don't know Não sei

Q15. Lean with your hand on the jaw, such as cupping or resting the chin in the hand

Q15. Apoio a mão no queixo, como se estivesse segurando ou apoiando o queixo na mão

None of the time Nunca
A little of the time Um pouco do tempo
Some of the time Alguma parte do tempo
Most of the time A maior parte do tempo
All of the time Todo o tempo
Don't know Não sei

Q16. Chew food on one side only

Mastigo apenas de um lado

None of the time Nunca
A little of the time Um pouco do tempo
Some of the time Alguma parte do tempo
Most of the time A maior parte do tempo
All of the time Todo o tempo
Don't know Não sei

Q17. Eating between meals

Q17. Como entre as refeições

None of the time Nunca
A little of the time Um pouco do tempo
Some of the time Alguma parte do tempo
Most of the time A maior parte do tempo
All of the time Todo o tempo
Don't know Não sei

Q18. Sustained talking (e.g., teaching, sales, customer services)

Q18. Falo constantemente ((por exemplo, dou aulas, trabalho com vendas, atendimento a

None of the time Nunca
A little of the time Um pouco do tempo
Some of the time Alguma parte do tempo
Most of the time A maior parte do tempo
All of the time Todo o tempo
Don't know

Q19. Singing

Q19. Canto

None of the time Nunca
A little of the time Um pouco do tempo
Some of the time Alguma parte do tempo
Most of the time A maior parte do tempo
All of the time Todo o tempo
Don't know Não sei

Q20. Yawning

Q20. Bocejo

None of the time Nunca
A little of the time Um pouco do tempo
Some of the time Alguma parte do tempo
Most of the time A maior parte do tempo
All of the time Todo o tempo
Don't know Não sei

Q21. Hold telephone between your head and shoulders
Q21. Seguro o telefone entre minha cabeça e ombros

None of the time Nunca
A little of the time Um pouco do tempo
Some of the time Alguma parte do tempo
Most of the time A maior parte do tempo
All of the time Todo o tempo
Don't know Não sei

B3.2 SMARTPHONE USE (Optional Item)
B3.2 USO DE SMARTPHONE

Indicate the average time/day of smartphone use
Indique a média de tempo/dia de uso do smartphone

B3.3 OROFACIAL MOTOR DISORDERS
B3.3 Desordem motora orofacial

Have you been diagnosed with or do you suffer from possible signs of one of the following conditions?

Orofacial Dyskinesia
Discinesia Orofacial

Oromandibular Dystonia
Distonia Oromandibular
Parkinson's Disease
Doença de Parkinson
Huntington's Disease
Doença de Huntington
Tourette's Syndrome
Síndrome de Tourette
Hemifacial Spasms
Espasmo Hemifacial
Tardive Dyskinesia
Discinesia Tardia

B3.4 GASTROAESOPHAGEAL REFLUX DISEASE SCREENING
B3.4 TRIAGEM PARA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO

How many times per week do each of the following symptoms occur?
Quantas vezes por semana você sente cada um dos seguintes sintomas?

A. Burning feeling behind the breastbone (heartburn)
A. Sensação de queimação (azia)

0 Days 0 dias
1 Day 1 dia
2-3 Days 2 - 3 dias
4-7 Days 4 - 7 dias

A. Stomach contents moving up to the throat or mouth (regurgitation)
A. Conteúdo do estômago se move para garganta ou boca (regurgitação)

0 Days 0 dias
1 Day 1 dia
2-3 Days 2 - 3 dias
4-7 Days 4 - 7 dias

B. Pain in the middle or upper stomach area
B. Dor na parte superior ou no meio da região do estômago

0 Days 0 dias
1 Day 1 dia
2-3 Days 2 - 3 dias
4-7 Days 4 - 7 dias

C. Nausea C. Náusea

0 Days 0 dias
1 Day 1 dia
2-3 Days 2 - 3 dias
4-7 Days 4 - 7 dias

D. Trouble getting a good night's sleep because of heartburn or regurgitation
D. Dificuldade de ter uma boa noite de sono por causa de azia e regurgita

0 Days 0 dias
1 Day 1 dia
2-3 Days 2 - 3 dias
4-7 Days 4 - 7 dias

E. Need for over-the-counter medicine for heartburn or regurgitation
e. Necessidade de automedicação para azia e regurgitação

0 Days 0 dias
1 Day 1 dia
2-3 Days 2 - 3 dias
4-7 Days 4 - 7 dias

B3.5 AUTOIMMUNE OR CONNECTIVE TISSUE DISORDERS SCREENING
B3.5 TRIAGEM DE DESORDENS AUTOIMUNES OU DE TECIDOS CONECTIVOS

Have you been diagnosed with one of the following conditions?
Você já recebeu o diagnóstico de uma das seguintes condições?

Rheumatoid Arthritis Artrite reumatóide
Lupus Lupus
Other systemic rheumatic diseases, including fibromyalgia
Outras doenças reumáticas sistêmicas, incluindo fibromialgia
Other systemic conditions, including systemic sclerosis, rheumatic polymyalgia, mixed connective disease
Outras condições sistêmicas, incluindo esclerose sistêmica, polimialgia reumática, doença

B3.6 ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER
B3.6 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Have you been diagnosed with Attention Deficit Hyperactive Disorder?
Você já foi diagnosticada(o) com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

No Não
Yes Sim

B4. Prescribed medications and use of substances assessment
B4. Avalação de medicações prescritas e uso de substâncias

Self Report
Autorrelato

B4.1 DRUGS
B4.1 Drogas

Mark if you use recreational or street drugs
Marque se você usa drogas recreativas ou ilegais

If yes, please state which drugs you use for recreational purposes
Em caso afirmativo, por favor, informe quais drogas você usa para fins recreativos

B4.2 MEDICATIONS
B4.2 MEDICAÇÕES

Are you currently under one of the following medications?
Você está utilizando atualmente alguma das seguintes medicações?

Antidepressants (e.g., Selective serotonin-reuptake inhibitors)
Antidepressivos (por exemplo, inibidores seletivos da recaptação de serotonina)
Benzodiazepines Benzodiazepínicos
Neuroleptics, Antipsychotics, Antiemetics (Dopamine antagonists)
Neurolépticos, antipsicóticos, antieméticos (antagonistas da dopamina)
ADHD medication Medicações para TDAH
Anti-allergic medication Antialérgicos
Medical marijuana CBD Cannabis medicinal CBD
Medical marijuana TSH Cannabis medicinal TSH
Opioids Opióides
Others Outros
If yes, please list all the medications and dosage
Em caso afirmativo, por favor, liste todas as medicações e doses

B4.3 TOBACCO B4.3 TABACO
Do you smoke or use any tobacco products?
você fuma ou usa qualquer produto de tabaco?

No Não
Yes Sim
Quit Parei de beber
If yes, how many cigarettes/day do you smoke? N°
Em caso positivo, quantos cigarros por dia você fuma? Número:

B4.4 ALCOHOL B4.4 ÁLCOOL

Do you ever drink alcoholic beverages (beer, wine, hard liquor)?
Você usa consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho,destilados)?

No Não
Yes Sim
Quit Parei de beber
If yes, what is your approximate intake (glasses/day)?
Em caso afirmativo, qual é o seu consumo aproximado (taças ou copos por dia)?

B4.5 SOFT DRINKS B4.5 REFRIGERANTES

Do you regularly drink sparkling drinks (e.g., Cola – RedBull – Sprite – Fanta)?
Você consome refrigerantes regularmente (por exemplo, Cola - RedBull - Sprite - Fanta

No Não
Yes Sim
Quit Parei de beber
If yes, what is your approximate intake (glasses/day)?
Em caso afirmativo, qual é o seu consumo aproximado (taças ou copos por dia)?

B4.6 JUICES AND FRUITS B4.6 SUCOS E FRUTAS

Do you regularly drink juices or citric fruits (e.g., lemon, orange, grapefruit)?
Você toma regularmente sucos ou frutas cítricas (por exemplo, limão, laranja, toranja)?

No Não
Yes Sim
Quit Parei de beber
If yes, what is your approximate intake (glasses/day)?
Em caso afirmativo, qual é o seu consumo aproximado (taças ou copos por dia)?

B4.7 CAFFEINATE B4.7 CAFEÍNA

Do you regularly drink coffee, tea, or other caffeine beverages?
Você bebe regularmente café, chá, ou outra bebida com cafeína?

No Não
Yes Sim
Quit Parei de beber
If yes, what is your approximate intake (cups/day)?
Em caso afirmativo, qual é o seu consumo aproximado (taças ou copos por dia)?

B5. Additional factors assessment

B5. Avaliação de fatores adicionais

B5.1 FAMILIAR BRUXISM SCREENING

B5.1 TRIAGEM DE BRUXISMO FAMILIAR

Do you know of anyone in your family (for example, father, mother, children) who has had any history of bruxism occurrence?

Você sabe de alguém na sua família (por exemplo, pai, mãe, filhos) que tem a doença do histórico de ocorrência de bruxismo?

No Não

Yes Sim

Father/Mother/Son/Daughter/Grandfather/Grandmother

Pai/Mãe/Filho/Filha/Avô/Avó

Don't know Não sei

B5.2 FAMILIAR TOOTH WEAR SCREENING

B5.2 TRIAGEM DE DESGASTE DENTÁRIO FAMILIAR

Do you know of anyone in your family (for example, father, mother, children) who has tooth wear?

Você sabe de alguém na sua família (por exemplo, pai, mãe, filhos) que tem a doença do nos dentes?

No Não

Yes Sim

Father/Mother/Son/Daughter/Grandfather/Grandmother

Pai/Mãe/Filho/Filha/Avô/Avó

Don't know Não sei

B5.3 FAMILIAR OSA SCREENING

B5.3 TRIAGEM DE APNEIA DO SONO FAMILIAR

Do you know of anyone in your family (for example, father, mother, children) who has sleep apnea?

Você sabe de alguém na sua família (por exemplo, pai, mãe, filhos) que tem a doença do

No Não

Yes Sim

Father/Mother/Son/Daughter/Grandfather/Grandmother

Pai/Mãe/Filho/Filha/Avô/Avó

Don't know Não sei

B5.4 FAMILIAR OROFACIAL PAIN SCREENING

TRIAGEM DE DOR OROFACIAL FAMILIAR

Do you know of anyone in your family (for example, father, mother, children) who has non- dental facial pain?

Você sabe de alguém na sua família (por exemplo, pai, mãe, filhos) que tem a doença do dor facial não dentária?

No Não

Yes Sim

Father/Mother/Son/Daughter/Grandfather/Grandmother

Pai/Mãe/Filho/Filha/Avô/Avó

Don't know Não sei

B5.5 FAMILIAR GERD SCREENING

Pai/Mãe/Filho/Filha/Avô/Avó

Do you know of anyone in your family (for example, father, mother, children) who has gastroaesophageal reflux disease?

Você sabe de alguém na sua família (por exemplo, pai, mãe, filhos) que tem a doença do refluxo gastroesofágico?

No Não

Yes Sim

Father/Mother/Son/Daughter/Grandfather/Grandmother

Pai/Mãe/Filho/Filha/Avô/Avó

Don't know Não sei