

UWAGA - płeć - jeżeli zwracamy się do obu płci potrzebna za każdym razem odmiana na ona i on. Nie wszędzie to poprawiłam

Czuwanie brzmi bardzo dziwnie i sztucznie - konsultowałam się z lektorami i może być użyty zwrot - podczas wybudzenia, w czasie przebudzenia, a może też zostać czuwanie w punktach wprowadzających, a w pytaniach już - kiedy nie śpisz

OŚ A – Ocena statusu i konsekwencji bruksizmu

Ocena przedmiotowa (SBA) — raport własny

A1. Raport dotyczący bruksizmu podczas snu

A1.1 Pytanie dotyczące bruksizmu podczas snu

Jak często zaciskasz lub zgrzytasz zębami podczas snu ~~bazując na~~ biorąc pod uwagę ostatnim miesiącu ~~[biorąc pod uwagę ostatni miesiąc]~~ (na podstawie ~~wszelkich~~ informacji jakie posiadasz)?

Ani razu

Mniej niż jedna noc/miesiąc

1-3 nocy/miesiąc

1-3 nocy/tydzień

4-7 nocy/tydzień

Nie wiem

A1.1.1 Pytanie dotyczące historii bruksizmu podczas snu

Czy ~~na podstawie wszelkich informacji jakie posiadasz~~ według Twojej wiedzy zaciskałeś lub zgrzytałeś zębami podczas snu w przeszłości?

Nie

Tak

Nie wiem

A2. Raport dotyczący bruksizmu w czasie czuwania

A2.1 Pytanie dotyczące zgrzytania zębami w czasie czuwania

Jak często zgrzytasz zębami w czasie czuwania, biorąc pod uwagę ostatni miesiąc?

Ani razu

Rzadko

Czasami

~~Większość czasu~~ często

Cały czas

Nie wiem

A.2.1.1. Pytanie dotyczące historii zgrzytania zębami w czasie czuwania

Czy w przeszłości zgrzytałeś zębami **kiedy nie spałeś / w ciągu dnia** ~~w czasie czuwania?~~

Nie

Tak

Nie wiem

A2.2 Pytanie dotyczące zaciskania zębów w czasie czuwania

Jak często zaciskasz zęby **kiedy nie śpisz** ~~w czasie czuwania~~, biorąc pod uwagę ostatni miesiąc?

Ani razu

Rzadko

Czasami

~~Większość czasu~~ **często**

Cały czas

Nie wiem

A.2.1.1. Pytanie dotyczące historii zaciskania zębów w czasie czuwania

Czy w przeszłości zaciskałeś zęby **kiedy nie spałeś / w ciągu dnia** ~~w czasie czuwania?~~

Nie

Tak

Nie wiem

A2.3 Pytanie dotyczące kontaktów zębowych w czasie czuwania

Jak często naciskasz, dotykasz lub **zaciskasz zęby** ~~trzymasz zęby razem~~, **poza jedzeniem** ~~inaczej niż podczas jedzenia~~ (tj. kontakt pomiędzy górnymi i dolnymi **szczękami zębami**), biorąc pod uwagę ostatni miesiąc?

Ani razu

Rzadko

Czasami

~~Większość czasu~~ **często**

Cały czas

Nie wiem

A2.3.1 Pytanie dotyczące historii kontaktów zębowych w czasie czuwania

Czy w przeszłości naciskałeś/łaś, dotykałeś lub **zaciskałeś/łaś zęby poza jedzeniem** ~~trzymałeś razem zęby w inny sposób niż podczas jedzenia~~ (tj. kontakt pomiędzy górnymi i dolnymi **szczękami zębami**)?

Nie

Tak

Nie wiem

A2.4 Pytanie o usztywnienie Żuchwy w stanie czuwania

Jak często napinasz mięśnie bez (zaciskania zębów) **zaciskania szczęk** trzymania ich razem, biorąc pod uwagę ostatni miesiąc?

Ani razu

Rzadko

Czasami

Czasu wolnego ??? **nie powinno tego tu być**

często

Cały czas

Nie wiem

A2.4.1 Pytanie dotyczące historii usztywniania Żuchwy w stanie czuwania

Czy w przeszłości napinałeś mięśnie bez zaciskania zębów ~~lub trzymania ich razem?~~

Nie

Tak

Nie wiem

A3. Skargi pacjenta

Zaburzenia skroniowo-żuchwowe

A3.1 Ból TMD

Jak długo, **biorąc pod uwagę ostatnie 30 dni**, ~~w ciągu ostatnich 30 dni~~ odczuwałeś ból szczęki lub skroni po którejś ze stron?

Brak bólu

Ból pojawia się i ustaje

Ból jest zawsze obecny

A3.2 Ból lub sztywność po przebudzeniu

Czy w **ciągu** ~~okresie~~ ostatnich 30 dni odczuwałeś ból bądź uczucie sztywności szczęki po przebudzeniu?

Nie

Tak

A3.3 Zablockowanie Żuchwy w zamknięciu

Czy w ciągu ostatnich 30 dni wystąpiła blokada Żuchwy, **choćby** ~~nawet~~ na moment, tak, że nie było możliwości pełnego otwarcia ust?

Nie

Tak

A3.4 Zmiana bólu związana z aktywnościami

Czy w okresie ostatnich 30 dni następujące **aktywności wpłynęły na odczucie bólu** ~~działania~~ **zmieniły jakiegokolwiek rodzaj odczuwanego bólu** (zwiększyły go lub osłabiły) w szczęcie lub skroni po którejś ze stron?

Żucie twardej lub trudnej do **spożycia** ~~przeżucia~~ żywności

Otwieranie ust lub poruszanie żuchwą do przodu lub na boki

Nawyki (takie jak: trzymanie zębów razem, zaciskanie zębów, zgrzytanie zębami bądź żucie gumy)

Inne czynności ~~szczęki~~, takie jak mówienie, całowanie lub ziewanie

A3.5 Dźwięki pochodzące ze stawu

Czy w **ciągu** ~~okresie~~ ostatnich 30 dni podczas poruszania żuchwą pojawiały się **jakiegokolwiek** dźwięki pochodzące ze stawu ?

Nie

Tak

A3.6 Ból mięśni w czasie czuwania

Czy w **ciągu** ostatnich 30 dni odczuwałeś ból mięśni szczęki o którejkolwiek z poniższych pór dnia?

Między przebudzeniem a śniadaniem

Między śniadaniem a obiadem

Między obiadem a kolacją

Między kolacją a snem

A3.6.1 Zmęczenie mięśni w czasie czuwania

Czy w **ciągu** ostatnich 30 dni odczuwałeś sztywność mięśni szczęki, uczucie zmęczenia lub znużenia o którejkolwiek z poniższych pór dnia?

Między przebudzeniem a śniadaniem

Między śniadaniem a obiadem

Między obiadem a kolacją

Między kolacją a snem

A3.7 Pytanie dotyczące objawów występujących po przebudzeniu

Czy po przebudzeniu odczuwasz którykolwiek z poniższych objawów?

Uczucie zmęczenia, bolesności lub napięcia szczęki

Uczucie, że Twoje zęby są zaciśnięte lub że boli Cię jama ustna

Ból skroni

Uczucie napięcia w stawie szczęki [stawie skroniowo-żuchwowym] po przebudzeniu i uczucie, że musisz poruszyć dolną szczęką, aby ją rozluźnić

Trudność z ~~w szerokim otwarciu~~ otwarciem ust po przebudzeniu

Słyszenie lub odczuwanie kliknięcia w stawie szczęki [stawie skroniowo-żuchwowym] po przebudzeniu, które później znika

Ból głowy

3.8. Ból głowy

Czy w ciągu okresu ostatnich 30 dni odczuwałeś/łaś występowaly bóle głowy, które obejmowały także obszar wokół skroni?

Nie

Tak

Jeśli tak – przez ile dni?

Starcie zębów / Ścieranie zębów

A3.9 ~~Starcie~~ Ścieranie zębów

Czy odczuwasz którykolwiek z poniższych objawów z powodu istniejącego starcia zębów?

Wrażliwość i/lub ból

Problemy funkcjonalne (trudności z żuciem i jedzeniem)

Pogorszenie wyglądu estetycznego (obniżona atrakcyjność uzębienia)

Kruszenie twardych tkanek zębów i uzupełnień

Upośledzenie fonetyczne

Szumy uszne

A3.10 Szumy uszne

Czy słyszysz ~~masz~~ szumy lub dzwonienie w uszach (szumy uszne)?

Nie

Tak

Kserostomia i Ślinienie

A3.11 Kserostomia

Czy odczuwasz ~~czujesz~~ suchość w ustach?

Nigdy

Sporadycznie

Często

A3.12 Ślinienie się

Czy odczuwasz utratę śliny w nocy?

[W ogóle nie odczuwam utraty śliny w nocy](#)

Czasem w nocy moja poduszka staje się mokra

Często w nocy moja poduszka staje się mokra

Zawsze w nocy moja poduszka staje się mokra

Każdej nocy moja poduszka i inna pościel stają się mokre

Raport egzaminatora z oceny klinicznej (CBA) (do użytku egzaminatora)

A.4 Stawy i mięśnie

A4.1 Diagnoza TMD (punkt opcjonalny)

Zaznacz obecność następujących rozpoznań

A4.1.1. Zaburzenia bólowe*

*Proszę wypełnić tę sekcję tylko [w przypadku](#) ~~wtedy~~, gdy [odpowiedź na pozycję A3.3 jest pozytywna](#) (Przesiewowe badanie bólu TMD) ~~jest pozytywnie zaznaczona przez pacjenta~~

Ból mięśniowy

Ból mięśniowo-powięziowy z rozprzestrzenianiem się

Ból mięśniowo-powięziowy z promieniowaniem

Ból prawego stawu

Ból lewego stawu

Ból głowy przypisywany TMD

A.4.1.2 Zaburzenia prawego stawu skroniowo-żuchwowego*

*Proszę określić, czy diagnoza opiera się na ocenie klinicznej czy obrazowej

Przemieszczenie krążka z redukcją

Przemieszczenie krążka z redukcją, z okresową blokadą

Przemieszczenie krążka bez redukcji z ograniczonym odwodzeniem

Przemieszczenie krążka bez redukcji bez ograniczonego odwodzenia

Choroba zwyrodnieniowa stawów

Subluksacja

A.4.1.3 Zaburzenia lewego stawu skroniowo-żuchwowego*

*Proszę określić, czy diagnoza opiera się na ocenie klinicznej czy obrazowej

Przemieszczenie krążka z redukcją

Przemieszczenie krążka z redukcją, z okresową blokadą

Przemieszczenie krążka bez redukcji z ograniczonym odwodzeniem

Przemieszczenie krążka bez redukcji bez ograniczonego odwodzenia

Choroba zwyrodnieniowa stawów

Subluksacja

A4.2 Przerost mięśnia żwacza

Zaznacz występowanie przerostu mięśnia żwacza

Lewy

Prawy

A5 Tkanki wewnętrzne i zewnętrzne

A5.1 Tkanki miękkie i tkanki kostne

Zaznacz obecność następujących objawów

Linea alba	Lewa	Prawa	
Impresje na wargach	Górna	Dolna	
Impresje na języku	Prawa	Przód	Lewa
Owzrośnienie języka*	Prawa	Przód	Lewa
Egzostozy na wyrostku zębodołowym	Żuchwa (Policzkowa/Językowa)	Szczeka (Policzkowa/Językowa/Środkowopodniebienna)	

* W przypadku występowania twardych, stwardniałych i zwinionych krawędzi – **objaw alarmowy, wskazanie do dalszego badania** **czerwone światło w kierunku dalszego badania**

A5.2 Zmodyfikowana pozycja języka wg Friedmana

Kategoria I – brak fonacji/szpatułki językowej – języczek i łuk podniebienny widoczne

Kategoria II – fonacja - języczek i łuk podniebienny widoczne

Kategoria III – szpatułka językowa - języczek i łuk podniebienny widoczne

Kategoria IV – z fonacją/szpatułką językową języczek i łuk podniebienny niewidoczne

A5.3 Klasa szkieletowa (pozycja opcjonalna)

Klasa 1

Klasa 2

Klasa 3

A5.4 Profil szkieletowy (pozycja opcjonalna)

Profil normodywergentny (średni kąt gonialny)

Profil hiporozbieżny (niski kąt gonialny)

Profil hiperdywergentny (wysoki kąt gonialny)

A6. Zęby i odbudowy

A6.1 Przesiewowe badanie starcia zębów – ocena ilościowa

Wskaż najwyższy wynik starcia zębów na sekstans

	Sextant 1	Sextant 2	Sextant 3	Sextant 4	Sextant 5	Sextant 6
Okluzyja/Sieczna						
Podniebienna						

A.6.1.1 Kwalifikacja starcia zębów*

*Jeżeli podczas oceny ilościowej zostanie wykryty stopień ≥ 2 , wymagana jest kwalifikacja.

Objawy kliniczne wskazujące na wpływ czynników mechanicznych:

Tarczki wyświechtania, płaskie i błyszczące

Starcie szkliska i zębiny następuje w tym samym tempie

Dopasowane starcie powierzchni zgryzowych, zgodne cechy zębów antagonistycznych

Złamanie guzków lub uzupełnień

Impresje na policzku, języku i/lub wardze

Zlokalizowane na powierzchniach przyszyjkowych zębów Ubytki Przyszyjkowe Niepróchnicowego Pochodzenia (NCCL)

Zmiany policzkowe/szyjkowe szersze niż głębsze, Ubytki Przyszyjkowe Niepróchnicowego Pochodzenia (NCCL)

Powierzchnie przyszyjowe zębów przedtrzonowych i kłów są zajęte

Pęknięcia w obrębie szkliwa

Torus żuchwy

A6.2 Badanie periodontologiczne i stomatologiczne

Wskaż liczbę zębów z następującymi objawami

	Sextant 1 SEKSTANT	Sextant 2	Sextant 3	Sextant 4	Sextant 5	Sextant 6
Ruchomość						
Mobilność						
Wrażliwość na temperaturę						
Dyskomfort/ból w trakcie gryzienia						
Złamany ząb						

A6.3 Uzupełnienia

Wskaż liczbę zębów/implantów z następującymi objawami:

	Sextant 1	Sextant 2	Sextant 3	Sextant 4	Sextant 5	Sextant 6
Utracone/uszkodzone wypełnienia						
Zarysowane uzupełnienia						
Pęknięcia ceramiki						
Ruchome implanty						
Złamane-Pęknięte implanty						
Poluzowanie śruby implantologicznej						

A6.4 Ocena aparatu wewnątrzustnego (jeśli pacjent używa twardej szyny z żywicy)

Zaznacz występowanie obecność następujących objawów:

Występowanie śladów zgrzytania (tj., smugi, pasy)	Prawa	Przód	Lewa
Występowanie śladów zaciskania(tj., miejsc w kształcie koła)	Prawa	Przód	Lewa
Kombinacja połączenie śladów zgrzytania i zaciskania	Prawa	Przód	Lewa
Pęknięcia lub perforacje	Prawa	Przód	Lewa

Raport dotyczący technologii oceny opartej na instrumentach (IBA).

A7. Bruksizm w czasie snu

A7.1 Elektromiografia

Number of masseter events over 10% MVC	
Bruxism time index (jeśli dostępny) Współczynnik / Indeks czasu	
Bruxism work index (jeśli dostępny)	

A7.2 Polisomnografia (opcjonalnie)

Liczba zdarzeń SB związanych z przebudzeniem	
Liczba zdarzeń SB nie związanych z przebudzeniem	
Bruxism time index (jeśli dostępny)	
Bruxism work index (jeśli dostępny)	

A.7.3 Inne metody (opcjonalnie)

Aplikacja na smartfony do oceny odgłosów zgrzytania

A7.4 Uzupełnienie z sensorami - czujnikami (opcjonalnie)

Liczba zdarzeń na nacisk zgryzowy

A8. Bruksizm w czasie czuwania

A8.1 Ecological momentary assessment *Czasowa ocena (ekologiczna ?)* – raport tygodniowy

Stan	Tydzień 1 (w %)	Dodatkowe tygodnie (w %)
Zrelaksowane mięśnie Żucia (brak kontaktów zębowych)		
Usztwnienie Żuchwy (brak kontaktów zębowych)		
Kontakt zębowy (delikatne, stałe dotykane)		
Zaciskanie zębów (silne, stałe dotykane)		
Zgrzytanie zębami		

A8.2 Elektromiografia w czasie czuwania

Number of masseter events over 10% MVC	
Bruxism time index	
Bruxism work index	

A8.3 Inne metody: Do ustalenia

A9. Dodatkowe przyrządy instrumenty

A9.1. Kwasowość wewnątrzustna (opcjonalnie)

Spoczynkowe pH śliny	
Spoczynkowy przepływ śliny	
Stymulowane pH śliny (parafina)	
Stymulowany przepływ śliny	

OŚ B Czynniki ryzyka i czynniki etiologiczne oraz choroby współistniejące

B1. Ocena psychospołeczna — raport własny

B1.1 Badania przesiewowe pod kątem lęku i depresji

Jak często, w ciągu ostatnich 2 tygodni, występowały następujące dolegliwości?

1. Uczucie strachu, zdenerwowania, napięcia nerwowego lub poczucia bezradności.

Nigdy

Przez kilka dni

Przez więcej niż połowę dni

Prawie codziennie

2. Brak zdolności do zaprzestania lub kontroli **stanu zamartwiania się**

Nigdy

Przez kilka dni

Przez więcej niż połowę dni

Prawie codziennie

3. ~~Małe zainteresowanie bądź mała przyjemność podczas wykonywania czynności~~

Brak chęci i czerpania przyjemności z wykonywanych czynności

Nigdy

Przez kilka dni

Przez więcej niż połowę dni

Prawie codziennie

4. Złe samopoczucie, przygnębienie bądź poczucie beznadziejności

Nigdy

Przez kilka dni

Przez więcej niż połowę dni

Prawie codziennie

B1.2 Radzenie sobie

Zastanów się, jak dobrze poniższe stwierdzenia opisują Twoje zachowania i działania

1. Szukam twórczych sposobów, żeby zmienić trudne sytuacje

Zdecydowanie mnie nie opisuje

Nie opisuje mnie

Nie mam zdania

Opisuje mnie

Zdecydowanie mnie opisuje

2. Bez względu na to co się dzieje, uważam, że jestem w stanie kontrolować swoją reakcję

Zdecydowanie mnie nie opisuje

Nie opisuje mnie

Nie mam zdania
Opisuje mnie
Zdecydowanie mnie opisuje

3. Sądzę, że potrafię znajdować pozytywne sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach

Zdecydowanie mnie nie opisuje
Nie opisuje mnie
Nie mam zdania
Opisuje mnie
Zdecydowanie mnie opisuje

4. Kiedy ponoszę w życiu straty, szukam sposobów ich zrekompensowania

Aktywnie szukam sposobów, aby zrekompensować poniesione porażki

Zdecydowanie mnie nie opisuje
Nie opisuje mnie
Nie mam zdania
Opisuje mnie
Zdecydowanie mnie opisuje

B2. Ocena współwystępujących schorzeń związanych ze snem —raport własny

B2.1 Badanie przesiewowe bezdechu sennego

~~Proszę zaznaczyć, na które z poniższych pytań udzielono odpowiedzi twierdzącej~~

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania, TYLKO gdy odpowiedź jest pozytywna (tak będzie czytelniej dla ludzi)

Czy głośno chrapiesz?
Czy często czujesz się zmęczony, wyczerpany lub śpiący w trakcie dnia?
Czy ktoś zauważył, że przestałeś oddychać lub dusiłeś się/ krztusiłeś we śnie?
Czy masz nadciśnienie lub jesteś leczony na nadciśnienie?
Czy Twój wskaźnik masy ciała (BMI) wynosi powyżej 35?
Czy masz wiek powyżej 50 lat?
Czy obwód Twojej szyi jest duży. Duży obwód szyi? (43 cm lub większy dla mężczyzn, 41 cm lub większy dla kobiet)?
Czy jesteś mężczyzną? ~~Płeć = męska?~~

B2.2 Badanie przesiewowe na bezsenność

Wskaż, które z poniższych stwierdzeń odnoszą się prawdziwie do Ciebie:

Mam trudności z zasypianiem
Mam gonitwę myśli w głowie, która nie pozwala mi zasnąć. Myśli krążą po mojej głowie i nie pozwalają mi zasnąć
Przewiduję problemy ze snem pojawią się kilka razy w tygodniu
Budzę się i nie mogę już ponownie zasnąć
Martwię się o różne rzeczy i mam problemy ze zrelaksowaniem się
Budzę się rano wcześniej niż bym chciał
Leżę bezsenność przez pół godziny lub dłużej, zanim zasnę

B2.3 Okresowe zaburzenia ruchu kończyn i badanie przesiewowe zespołu niespokojnych nóg

Wskaż, które z poniższych stwierdzeń **odnoszą się do Ciebie / są prawdziwe dla Ciebie** można zastosować w Twoim przypadku

Poza ćwiczeniami nadal odczuwam napięcie mięśni nóg
Zauważyłem (lub ktoś inny **zauważył skomentował**), że części mojego ciała drgają podczas snu
Powiedziano mi, że kopię w nocy
Kiedy próbuję zasnąć, odczuwam ból lub uczucie pełzania w nogach
W nocy odczuwam ból i skurcze nóg
Czasami w nocy nie mogę utrzymać nóg nieruchomo. Muszę **nimi ruszać, żeby czuć się wygodnie** ~~je tylko przesunąć, żeby było mi wygodnie~~
Mimo że **śpię w nocy** ~~w nocy spałem~~, w ciągu dnia czuję się senny

B2.4 Parafunkcje – pozycja w czasie snu

Jak często w ciągu ostatniego miesiąca spałeś w pozycji, która powodowała nacisk na szczęki?

~~Ani razu~~ **Nigdy**
Rzadko
Czasami
~~Większość czasu~~ **Często**
Cały czas
Nie wiem

B3. Ocena współwystępujących schorzeń niezwiązanych ze snem —raport własny

B3.1 Parafunkcje – czynności w godzinach czuwania / wybudzenia

Jak często w ciągu ostatniego miesiąca wykonywałeś każdą z poniższych czynności?

Q7. Trzymanie szczęki wysuniętej do przodu lub na bok

~~Ani razu~~ **Nigdy**
Rzadko
Czasami
~~Większość czasu~~ **Często**
Cały czas
Nie wiem

Q8. Silne wciskanie języka w zęby

~~Ani razu~~ **Nigdy**
Rzadko
Czasami
~~Większość czasu~~ **Często**
Cały czas
Nie wiem

Q9. Wsuwanie języka między zęby

~~Ani razu~~ **Nigdy**

Rzadko
Czasami
~~Większość czasu~~ Często
Cały czas
Nie wiem

Q10. Gryzienie, Żucie lub zabawa językiem, policzkami lub ustami

~~Gryzienie, Żucie języka, policzka lub warg albo zabawa nimi~~

~~Ani razu~~ Nigdy
Rzadko
Czasami
~~Większość czasu~~ Często
Cały czas
Nie wiem

Q11. Trzymanie Żuchwy w sztywnej lub napiętej pozycji, tak jak przy podpieraniu lub ochronie szczęki

~~Ani razu~~ Nigdy
Rzadko
Czasami
~~Większość czasu~~ Często
Cały czas
Nie wiem

Q12. Trzymanie między zębami lub gryzienie takich rzeczy, jak kosmyk włosów, rurka, ołówek, długopis, palec, paznokieć itp

~~Ani razu~~ Nigdy
Rzadko
Czasami
~~Większość czasu~~ Często
Cały czas
Nie wiem

Q13. Żucie gumy

~~Ani razu~~ Nigdy
Rzadko
Czasami
~~Większość czasu~~ Często
Cały czas
Nie wiem

Q14. Granie na instrumentach muzycznych, które wymagają użycia ust lub Żuchwy

~~Ani razu~~ Nigdy
Rzadko
Czasami
~~Większość czasu~~ Często

Cały czas
Nie wiem

Q15. Opieranie łokci na dłoni, na przykład podpieranie się pod brodę podczas odpoczynku

~~Ani razu~~ Nigdy
Rzadko
Czasami
~~Większość czasu~~ Często
Cały czas
Nie wiem

Q16. Przeżuwanie Żucie żywności tylko po jednej stronie

~~Ani razu~~ Nigdy
Rzadko
Czasami
~~Większość czasu~~ Często
Cały czas
Nie wiem

Q17. Jedzenie między posiłkami (żywność, która wymaga żucia)

~~Ani razu~~ Nigdy
Rzadko
Czasami
~~Większość czasu~~ Często
Cały czas
Nie wiem

Q18. Długotrwałe mówienie (na przykład uczenie, sprzedaż, obsługa klienta)

~~Ani razu~~ Nigdy
Rzadko
Czasami
~~Większość czasu~~ Często
Cały czas
Nie wiem

Q19. Śpiewanie

~~Ani razu~~ Nigdy
Rzadko
Czasami
~~Większość czasu~~ Często
Cały czas
Nie wiem

Q20. Ziewanie

~~Ani razu~~ Nigdy
Rzadko
Czasami

~~Większość czasu~~ Często

Cały czas

Nie wiem

Q21. Trzymanie telefonu między głową a ramieniem

~~Ani razu~~ Nigdy

Rzadko

Czasami

~~Większość czasu~~ Często

Cały czas

Nie wiem

B3.2 Korzystanie ze smartfona (pozycja opcjonalna)

Wskaż średni czas korzystania ze smartfona

Tu by się przydały jakieś opcje do wyboru

B3.3 Zaburzenia motoryczne jamy ustnej i twarzy

Czy zdiagnozowano u Ciebie lub **odczuwasz objawy któregoś** ~~czy cierpisz na możliwe objawy~~
~~jednego z~~ poniższych schorzeń?

Dyskinezy ustno-twarzowe

Dystonia ustno-żuchwowa

Choroba Parkinsona

Choroba Huntingtona

Zespół Tourette'a

Półowiczny kurcz twarzy

Dyskinezy późne

B3.4 Badania przesiewowe w kierunku refluksu żołądkowo-przełykowego

Ile razy w tygodniu **występują poniższe objawy** ~~każdy z poniższych objawów?~~

A. Uczucie pieczenia za mostkiem (zgaga)

0 dni

1 dzień

2–3 dni

4–7 dni

B. Treść żołądkowa **przemieszcza** się do gardła lub jamy ustnej (zarzucanie treści żołądkowej)

0 dni

1 dzień

2–3 dni

4–7 dni

C. Ból w środkowej lub górnej części brzucha

0 dni
1 dzień
2–3 dni
4–7 dni

D. Nudności

0 dni
1 dzień
2–3 dni
4–7 dni

E. Problemy z zasypianiem z powodu zgagi lub zarzucania treści pokarmowej

0 dni
1 dzień
2–3 dni
4–7 dni

F. Konieczność stosowania leków dostępnych bez recepty na zgagę lub zarzucanie treści pokarmowej

0 dni
1 dzień
2–3 dni
4–7 dni

B3.5 Badania przesiewowe w kierunku chorób autoimmunologicznych lub chorób tkanki łącznej

Czy zdiagnozowano u Ciebie jedno z poniższych schorzeń?

Reumatoidalne zapalenie stawów

Toczeń

Inne ogólnoustrojowe choroby reumatyczne, w tym fibromialgia

Inne schorzenia ogólnoustrojowe, w tym twardzina układowa, polimialgia reumatyczna, mieszana choroba tkanki łącznej

B3.6 Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

Czy zdiagnozowano u Ciebie zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi ADHD?

Nie
Tak

B4. Ocena przepisanych leków i używanych substancji – raport własny

B4.1 Narkotyki

Zaznacz, jeśli używasz rekreacyjnych lub ulicznych narkotyków

Jeśli tak, proszę podać, jakich narkotyków używasz w celach rekreacyjnych — — — —

B4.2 Leki

Czy obecnie zażywasz jeden z poniższych leków?

Leki przeciwdepresyjne (np. selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny)

Benzodiazepiny

Neuroleptyki, leki przeciwpsychotyczne, leki przeciwwymiotne (antagoniści dopaminy)

Lek na ADHD

Leki przeciwalergiczne

Medyczna marihuana CBD

Medyczna marihuana TSH

Opioidy

Inne

Jeśli tak, proszę wymienić wszystkie leki i dawkowanie _____

B4.3 Tytoń

Czy palisz lub używasz jakichkolwiek wyrobów tytoniowych?

Nie

Tak

Rzucam

Jeśli tak, ile papierosów dziennie palisz? Ilość _____

B4.4 Alkohol

Czy ~~kiedykolwiek piłeś~~ **spożywasz** napoje alkoholowe (piwo, wino, mocne alkohole)?

Nie

Tak

Rzucam

Jeśli tak, jakie jest Twoje przybliżone spożycie tych napojów alkoholowych (szklanki/dzień)? _____

B4.5 Napoje bezalkoholowe

Czy regularnie pijesz napoje gazowane (np. Cola – RedBull – Sprite – Fanta)?

Nie

Tak

Rzucam

Jeśli tak, jakie jest Twoje przybliżone spożycie (szklanki/dzień)? _____

B4.6 Soki i owoce

Czy regularnie pijesz soki lub soki z owoców cytrusowych (np. cytryna, pomarańcza, grejpfrut)?

Nie

Tak

Rzucam

Jeśli tak, jakie jest Twoje przybliżone spożycie (szklanki/dzień)? _____

B4.7 Kofeina

Czy regularnie pijesz kawę, herbatę lub inne napoje zawierające kofeinę?

Nie

Tak

Rzucam

Jeśli tak, jakie jest) Twoje przybliżone spożycie (kubki/dzień)? _____

B5. Ocena czynników dodatkowych

B5.1 Badanie przesiewowe pod kątem rodzinnego występowania bruksizmu

Czy ~~znasz kogoś~~ **ktos** ~~znasz kogoś~~ w Twojej rodzinie (na przykład ojciec, matka, dzieci), ~~u którego~~ **kiedykolwiek występował** **cierpi lub cierpiał na** bruksizm?

LUB

Czy u któregoś członka Twojej rodziny stwierdzono bruksizm?

Nie

Tak Ojciec/Matka/Syn/Córka/Dziadek/Babcia

Nie wiem

B5.2 Badanie przesiewowe pod kątem występowania rodzinnego starcia zębów

Czy ~~znasz kogoś~~ **ktos** ~~znasz kogoś~~ w Twojej rodzinie (na przykład ojciec, matka, dzieci), **cierpi na** starcie zębów?

LUB

Czy u któregoś członka Twojej rodziny stwierdzono ścieranie / starcie zębów?

Nie

Tak Ojciec/Matka/Syn/Córka/Dziadek/Babcia

Nie wiem

B5.3 Badanie przesiewowe pod kątem występowania rodzinnego bezdechu sennego OSA

Czy ~~znasz kogoś~~ **któryś** z członków Twojej rodziny (na przykład ojciec, matka, dzieci), ~~który~~ **cierpi na** bezdech senny?

Nie

Tak Ojciec/Matka/Syn/Córka/Dziadek/Babcia

Nie wiem

B5.4 Badanie przesiewowe pod kątem występowania rodzinnego bólu ustno-twarzowego

Czy ~~znasz kogoś~~ **któryś** z członków Twojej rodziny (na przykład ojca, matkę, dzieci), ~~który~~ **cierpi na** ból twarzy niezwiązany z zębami?

Nie

Tak Ojciec/Matka/Syn/Córka/Dziadek/Babcia

Nie wiem

B5.5 Badanie przesiewowe pod kątem występowania rodzinnego GERD

Czy ~~znasz kogoś~~ któryś z członków Twojej rodziny (na przykład ojciec, matka, dzieci), ~~któ~~
cierpi na refluks żołądkowo-przełykowy?

Nie

Tak Ojciec/Matka/Syn/Córka/Dziadek/Babcia

Nie wiem