

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

“W czasie czuwania” medycznie chyba najbardziej precyzyjne

OŚ A – Ocena statusu i konsekwencji bruxizmu

Ocena przedmiotowa (SBA) — raport własny

A1. Raport dotyczący bruxizmu podczas snu

A1.1 Pytanie dotyczące bruxizmu 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 bruxizmu 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 bruxizmu w czasie czuwania

A2.1 Pytanie dotyczące zgrzytania zębami w czasie czuwania

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

Ani razu **sugeruję “Nigdy” - również w każdym kolejnym pytaniu tego typu**

Rzadko

Czasami

Większość czasu- **często “często” lepiej - tu i w każdym kolejnym**

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~~ (to sugeruję odrzucić, gdyż nawiązuje do starych definicji bruksizmu) ~~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 złączone** ~~trzymasz zęby razem~~, **poza jedzeniem** ~~inaczej niż podczas jedzenia~~ (tj. kontakt pomiędzy górnymi i dolnymi ~~szczękami zębami 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/łaś **zębami poza jedzeniem** ~~trzymałeś razem zęby w inny sposób niż podczas jedzenia~~ (tj. kontakt pomiędzy górnymi i

dolnymi ~~szczękami zębami~~)? - jak w pytaniu powyżej

Nie

Tak

Nie wiem

A2.4 Pytanie o usztywnienie żuchwy w stanie czuwania

Jak często napinasz mięśnie bez (zaciskania zębów) ~~zaciskania szczęk~~ bez zaciskania lub ~~łączenia zębów~~ 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~~ czasie czuwania

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

Tak

Nie wiem

A3. Skargi pacjenta

Zaburzenia skroniowo-żuchwowe - ok

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 lub odczuwalny?

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 Zablokowanie Żuchwy w zamknięciu

Czy w ciągu ostatnich 30 dni wystąpiła **całkowita** blokada **lub przyblokowanie** Żuchwy, **choćby** ~~nawet~~ na moment, tak, że nie było możliwości pełnego otworzenia 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 nasiliły** 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 ? (wszędzie tłumaczymy "jaw" jako szczęką (potocznie Żuchwa to też szczęką, a tu mamy jeszcze część dla pacjenta)

Nawyki (takie jak: trzymanie zębów razem, zaciskanie zębów, zgrzytanie zębami ~~będz~~ Żucie gumy)

Inne czynności szczęki, takie jak mówienie, całowanie lub ziewanie

A3.5 Dźwięki pochodzące ze stawu **skroniowo Żuchwowego**

Czy w **ciągu** ~~okresie~~ ostatnich 30 dni podczas poruszania Żuchwą pojawiały się **jakiiegokolwiek** 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 **ja je** rozluźnić (**rozluźnić napięcie**)

Trudność **z** w szerokim otwarciu **otwarcie** 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** ~~okresie~~ ostatnich 30 dni **odczuwałeś/łaś** ~~występowały~~ bóle głowy, które obejmowały **także** obszar wokół skroni?

Nie

Tak

Jeśli tak – przez ile dni?

Starcie zębów / Ścieranie zębów - jestem za “starcie 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~~ Zaburzenia fonetyki

Szumy uszne

A3.10 Szumy uszne

Czy **słyszysz** ~~masz~~ szumy **hałas**? 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) - ?? “examine” oznacza badać, więc może po prostu

“Raport badającego” ?

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 - ~~częściej~~ mówimy “z repozycją”

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~~ hipertrofia 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
Owrodzenie języka*	Prawa	Przód Lewa
Egzostozy na wyrostku zębodołowym	Żuchwa (Policzkowa/Językowa)	Szczęka (Policzkowa/Językowa/Środkowopodniebna)

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

A5.2 Zmodyfikowana pozycja języka wg Friedmana

Kategoria I – brak fonacji/szpatułki językowej – języczek i łuk podniebienny
 (powinna być wszędzie liczba mnoga, bo są dwa łuki podniebienne) 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 ~~hiperozbieżny~~ hipodywergentny (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 sextans

	Sextant 1	Sextant 2	Sextant 3 Sextant 4	Sextant 5	Sextant 6
Okluzja/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 szkliwa i zębiny następuje w tym samym ~~tempie~~ stopniu

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~~ przyszyjkowe szersze niż głębsze, Ubytki Przyszyjkowe Niepróchnicowego Pochodzenia (NCCL) Powierzchnie przyszyjkowe zębów przedtrzonowych i kłów są ~~zajęte~~ uszkodzone?

Pęknięcia w obrębie szkliwa

Torus żuchwy - co to znaczy??

A6.2 Badanie periodontologiczne i stomatologiczne

Wskaż liczbę zębów z następującymi objawami

Sextant 2 Sextant 3 Sextant 4 Sextant 5 Sextant 6

Ruchomość

Mobilność

Wrażliwość na

temperaturę

Dyskomfort/ból w

trakcie gryzienia

Złamany ząb

Sextant 1 **SEKSTANT**

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 szyny okluzyjnej (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): Ocena~~

~~instrumentalna. Raport oparty na użyciu sprzętu technologicznego~~

A7. Bruksizm w czasie snu

A7.1 Elektromiografia

Number of masseter events over 10% MVC Liczba wydarzeń powyżej 10% MVC związanych ze żwaczem
Bruxism time index (jeśli dostępny) Współczynnik / Indeks czasu bruksowania
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** Urządzenia 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) Zgryzanie 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 **przrządy** 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~~ przeszkadzały Panu/Pani następujące dolegliwości?

1. Uczucie ~~strachu~~ lęku, zdenerwowania, napięcia nerwowego lub poczucia bezradności. ~~lęk to nie to samo co strach~~

Nigdy

Przez kilka dni

Przez więcej niż połowę dni

Prawie codziennie

2. Brak zdolności do zaprzestania lub kontroli ~~kontrolowania~~ 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~~ ~~Brak zainteresowania lub przyjemności z wykonywanych czynności~~

Nigdy

Przez kilka dni

Przez więcej niż połowę dni

Prawie codziennie

4. ~~Złe samopoczucie, przygnębienie bądź~~ Poczucie przygnębienia, depresji lub poczucie beznadziejności

Nigdy

Przez kilka dni

Przez więcej niż połowę dni

Prawie codziennie

B1.2 ~~Radzenie sobie~~ Zdolność radzenia sobie

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

1. Szukam twórczych ~~kreatywnych~~ sposobów, żeby zmienić trudne sytuacje

Zdecydowanie mnie nie opisuje

Nie opisuje mnie

Nie mam zdania / **Neutralnie**

Opisuje mnie

~~Zdecydowanie~~ **Bardzo dobrze** mnie opisuje - te zmiany również w pozostałych pytaniach

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~~ **mogę rozwijać się w pozytywny sposób poprzez** 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 w

Życiu straty

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*)

Zaznacz, na które z poniższych pytań odpowiesz twierdząco (tylko czy to się przetłumaczy wstecznie..)

Czy głośno chrapiesz?

Czy często czujesz się zmęczony, wyczerpany lub śpiący w trakcie dnia?

Czy ktoś zauważył, że przestałeś oddychać lub dusiłeś się/ ~~krztusiłeś~~ **z trudnością łapałeś powietrze** 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 odwód Twojej szyi jest duży Duży obwód szyi? (43 cm lub większy dla mężczyzn, 41 cm lub większy dla kobiet)?

Czy jesteś mężczyzną? **Płeć = męska?** Tak jest w źródło

B2.2 Badanie przesiewowe na bezsenność

Wskaż, które z poniższych stwierdzeń ~~odnoszą się~~ **są prawdziwe** ~~się dla 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 **że** problemy ze snem **pojawiają 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 bezsenne przez pół godziny lub dłużej, zanim zasnę

B2.3 Badanie przesiewowe Okresowego zaburzenia ruchu kończyn i badanie przesiewowe zespołu niespokojnych nóg (bo to jest screening obu tych zaburzeń)

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 **Zachowania ustne, a 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 Zachowania ustne – 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 ~~weiskanie~~ naciskanie językiem na zęby 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, ~~pałec, paznokcie~~ palce, paznokcie 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 żuchwy na dłoni, na przykład podpieranie ~~się pod brodą podczas odpoczynku~~ lub odpoczywanie z głową opartą o dłoń

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~~ **Podaj** Średni czas korzystania ze smartfona **na dzień**

Tu by się przydały jakieś opcje do wyboru - nie ma w Źródle

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~~ **wysypianiem się** 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 leków na receptę i

zażywanych 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 któryś** z poniższych leków?

Leki przeciwdepresyjne (np. selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny) Benzodiazepiny

Neuroleptyki, leki przeciwpsychotyczne, leki przeciwwymiotne (antagoniści dopaminy) Lek na ADHD

Leki przeciwalergiczne

Medyczna marihuana CBD

Medyczna marihuana **THC** powinno być "THC" - tu jest błąd w źródle

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 pijeś~~ **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 bruxizmu

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

LUB

Czy u któregoś członka Twojej rodziny stwierdzono bruxizm?

Nie

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

Nie wiem

B5.2 Badanie przesiewowe pod kątem występowania rodzinnego starcia zębów

Czy ~~ktoś~~ ~~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