

APPENDIX 3/ ZAŁĄCZNIK 3

OŚ A – Ocena statusu i konsekwencji bruksizmu

Ocena podmiotowa (SBA) — raport własny

A.1. Raport dotyczący bruksizmu podczas snu

A.1.1 Pytanie dotyczące bruksizmu podczas snu

Jak często zaciskasz lub zgrzytasz zębami podczas snu biorąc pod uwagę ostatni miesiąc
(na podstawie informacji jakie posiadasz)?

Ani razu.....☐

Mniej niż jedna noc/miesiąc.....☐

1-3 nocy/miesiąc.....☐

1-3 nocy/tydzień.....☐

4-7 nocy/tydzień.....☐

Nie wiem.....☐

A.1.1.1 Pytanie dotyczące historii bruxyzmu podczas snu

Czy według Twojej wiedzy zaciskałeś lub zgrzytałeś zębami podczas snu w przeszłości?

Nie.....☐

Tak.....☐

Nie wiem.....☐

A.2. Raport dotyczący bruxyzmu w czasie czuwania

A.2.1. Pytanie dotyczące zgrzytania zębami w czasie czuwania

Jak często zgrzytasz zębami, kiedy nie śpisz, biorąc pod uwagę ostatni miesiąc?

Ani razu.....☐

Mniej niż jedna noc/miesiąc.....☐

1-3 nocy/miesiąc.....☐

1-3 nocy/tydzień.....☐

4-7 nocy/tydzień.....☐

Nie wiem.....☐

A.2.2.1. Pytanie dotyczące historii zgrzytania zębami w czasie czuwania

Czy w przeszłości zgrzytałeś zębami, kiedy nie spałeś?

Nie.....☐

Tak.....☐

Nie wiem.....☐

A.2.2. Pytanie dotyczące zaciskania zębów w czasie czuwania

Jak często zaciskasz zęby, kiedy nie śpisz, biorąc pod uwagę ostatni miesiąc?

- Ani razu..... ☐
- Mniej niż jedna noc/miesiąc..... ☐
- 1-3 nocy/miesiąc..... ☐
- 1-3 nocy/tydzień..... ☐
- 4-7 nocy/tydzień..... ☐
- Nie wiem..... ☐

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

Czy w przeszłości zaciskałeś zęby, kiedy nie spałeś?

- Nie..... ☐
- Tak..... ☐
- Nie wiem..... ☐

A.2.3. Pytanie dotyczące kontaktów zębowych w czasie czuwania

Jak często naciskasz, dotykasz lub trzymasz zęby złączone, poza jedzeniem (to znaczy kontakt pomiędzy górnymi i dolnymi zębami), biorąc pod uwagę ostatni miesiąc?

- Ani razu..... ☐
- Mniej niż jedna noc/miesiąc..... ☐
- 1-3 nocy/miesiąc..... ☐
- 1-3 nocy/tydzień..... ☐
- 4-7 nocy/tydzień..... ☐
- Nie wiem..... ☐

A.2.3.1. Pytanie dotyczące historii kontaktów zębowych w czasie czuwania

Czy w przeszłości naciskałeś, dotykałeś lub trzymałeś razem zęby w inny sposób niż podczas jedzenia (to znaczy kontakt pomiędzy górnymi i dolnymi zębami)?

Nie..... ☐

Tak..... ☐

Nie wiem..... ☐

A.2.4. Pytanie dotyczące usztywniania żuchwy w czasie czuwania

Jak często napinasz, utrzymujesz napięcie swoich mięśni bez zaciskania lub łączenia zębów, biorąc pod uwagę ostatni miesiąc?

Ani razu..... ☐

Mniej niż jedna noc/miesiąc..... ☐

1-3 nocy/miesiąc..... ☐

1-3 nocy/tydzień..... ☐

4-7 nocy/tydzień..... ☐

Nie wiem..... ☐

A.2.4.1. Pytanie dotyczące historii usztywniania żuchwy w czasie czuwania

Czy w przeszłości napinałeś mięśnie, utrzymywałeś napięcie swoich mięśni bez zaciskania lub łączenia zębów?

Nie..... ☐

Tak..... ☐

Nie wiem..... ☐

A.3. Skargi pacjenta

Zaburzenia skroniowo-żuchwowe

A.3.1. Ból TMD

Jak długo – w okresie ostatnich 30 dni - odczuwał Pan/Pani ból szczęki/żuchwy lub skroni po którejś ze stron?

- Brak bólu..... ☐
- Ból pojawia się i ustaje..... ☐
- Ból jest zawsze obecny..... ☐

A.3.2. Ból lub sztywność mięśni po przebudzeniu

Czy w okresie ostatnich 30 dni odczuwał Pan/Pani ból, bądź uczucie sztywności szczęki/żuchwy po przebudzeniu?

- Nie..... ☐
- Tak..... ☐

A.3.3. Zablockowanie żuchwy w zamknięciu

Czy w ciągu ostatnich 30 dni wystąpiła blokada żuchwy, nawet na moment, tak, że nie było możliwości pełnego otworzenia ust?

- Nie..... ☐
- Tak..... ☐

A.3.4. Zmiana bólu związana z aktywnościami

Czy w okresie ostatnich 30 dni któraś z poniższych czynności zmieniła jakkolwiek poziom odczuwanego bólu (zwiększyła go lub zmniejszyła) w szczęcie/żuchwie lub skroni, po którejś ze stron?

- Żucie twardego lub trudnego w rozdrobnieniu jedzenia..... ☐
- 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/żuchwy, takie jak mówienie, całowanie lub ziewanie..... ☐

A.3.5. Dźwięki pochodzące ze stawu

Czy w okresie ostatnich 30 dni pojawiały się dźwięki podczas poruszania żuchwą, pochodzące ze stawu?

Nie..... ☐

Tak..... ☐

A.3.6. Ból mięśni żucia w czasie czuwania

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

Między przebudzeniem a śniadaniem..... ☐

Między śniadaniem a obiadem..... ☐

Między obiadem a kolacją..... ☐

Między kolacją a snem..... ☐

A.3.6.1. Zmęczenie mięśni w czasie czuwania

Czy w ciągu ostatnich 30 dni odczuwałeś sztywność mięśni szczęki/żuchwy, 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..... ☐

A.3.7. Pytanie dotyczące objawów występujących po przebudzeniu

Czy po przebudzeniu odczuwasz którykolwiek z poniższych objawów?

Uczucie zmęczenia, bolesności lub napięcie szczęki/żuchwy..... ☐

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

Ból skroni..... ☐

Uczucie napięcia w stawie po przebudzeniu i uczucie, że musisz poruszyć

zuchwą, aby je rozluźnić..... ☐

Trudność z szerokim otwarciem ust po przebudzeniu..... ☐

Słyszenie lub odczuwanie kliknięcia w stawie po przebudzeniu,
które później znika..... ☐

Ból głowy

A.3.8. Ból głowy

Czy w okresie ostatnich 30 dni występowały bóle głowy, które obejmowały obszar wokół skroni?

Nie..... ☐

Tak..... ☐

Jeśli tak – przez ile dni?..... ☐

Starcie zębów

A.3.9. Starcie zębów

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

Wrażliwość i/lub ból..... ☐

Problemy czynnościowe
(trudności z żuciem i jedzeniem)..... ☐

Pogorszenie wyglądu estetycznego
(obniżone walory estetyczne uzębienia)..... ☐

Kruszenie twardych tkanek zębów i uzupełnień stomatologicznych. ☐

Zaburzenia fonetyki..... ☐

Szumy uszne

A.3.10. Szumy uszne

Czy słyszysz hałas lub dzwonienie w uszach (szumy uszne)?

Nie..... ☐

Tak..... ☐

Kserostomia i ślinienie

A.3.11. Kserostomia

Czy odczuwasz suchość w ustach?

Nigdy..... ☐

Sporadycznie ☐

Często..... ☐

A.3.12. Ślinienie się

Czy odczuwasz brak śliny w nocy?

W ogóle nie odczuwam braku 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..... ☐

Ocena oparta na badaniu klinicznym –

raport badacza (do użytku badacza)

A.4. Stawy i mięśnie

A.4.1. Diagnoza TMD (punkt opcjonalny)

Zaznacz obecność następujących rozpoznań:

A.4.1.1. Zaburzenia bólowe*

*Proszę wypełnić tę sekcję tylko w przypadku, gdy odpowiedź na pozycję **A.3.3.** jest pozytywna (Przesiewowe badanie bólu TMD)

- Ból mięśniowy..... ☐
- Ból mięśniowo-powięziowy rozprzestrzeniający 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 repozycją..... ☐
- Przemieszczenie krążka z repozycją, z okresową blokadą..... ☐
- Przemieszczenie krążka bez repozycji z ograniczonym odwodzeniem..... ☐
- Przemieszczenie krążka bez repozycji, 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 repozycją..... ☐
- Przemieszczenie krążka z repozycją, z okresową blokadą..... ☐
- Przemieszczenie krążka bez repozycji z ograniczonym odwodzeniem..... ☐
- Przemieszczenie krążka bez repozycji, bez ograniczonego odwodzenia..... ☐
- Choroba zwyrodnieniowa stawów..... ☐
- Subluksacja..... ☐

A.4.2. Hipertrofia mięśnia żwacza

Zaznacz występowanie przerostu mięśnia żwacza

- Lewy..... ☐
- Prawy..... ☐

A.5. Tkanki wewnątrz i zewnątrzustne

A.5.1. Tkanki miękkie i tkanka kostna

Zaznacz obecność następujących objawów:

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

* W przypadku występowania twardych, nacieczonych i uwypuklonych krawędzi – objaw alarmowy, wskazanie do pilnej diagnostyki

A.5.2. Zmodyfikowana pozycja języka według Friedmana



Kategoria I

Kategoria II

Kategoria III

Kategoria IV



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

Kategoria II – fonacja - języczek i łuk podniebienny widoczny

Kategoria III – szpatułka językowa - języczek i łuk podniebienny widoczny

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

A.5.3. Klasa szkieletowa (pozycja opcjonalna)



Klasa Szkieletowa III

Profil Twarzy



Klasa Szkieletowa I

Profil Twarzy



Klasa Szkieletowa II

Profil Twarzy



A.5.4. Profil szkieletowy (pozycja opcjonalna)



Profil normodivergentny
(średni kąt gonialny)



Profil hipodivergentny
(niski kąt gonialny)



Profil hiperdivergentny
(wysoki kąt gonialny)

A.6. Zęby i odbudowy

A.6.1. Przesiewowe badanie starcia zębów – ocena ilościowa

Wskaż najwyższy wynik starcia zębów na Sekstans

	Sekstant 1	Sekstant 2	Sekstant 3	Sekstant 4	Sekstant 5	Sekstant 6
Okluzyjna/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 w tym samym 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 (UPNP)..... ☐
- Zmiany policzkowe/przyszyjkowe szersze niż głębsze, Ubytki Przyszyjkowe
Niepróchnicowego Pochodzenia (UPNP)..... ☐
- Powierzchnie przyszyjkowe zębów przedtrzonowych i kłów są uszkodzone..... ☐
- Pęknięcia w obrębie szkliwa..... ☐
- Wał żuchwy (torus mandibulae)..... ☐

A.6.2. Badanie periodontologiczne i stomatologiczne

Wskaż liczbę zębów z następującymi objawami

	Sekstant 1	Sekstant 2	Sekstant 3	Sekstant 4	Sekstant 5	Sekstant 6
Ruchomość						
Wrażliwość na temperaturę						
Dyskomfort/ ból w trakcie gryzienia						

Złamane zęby						
---------------------	--	--	--	--	--	--

A.6.3. Uzupełnienia

Wskaż liczbę zębów/implantów z następującymi objawami:

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

A.6.4. Ocena szyny okluzyjnej (jeśli pacjent używa twardej szyny z żywicy/akrylu)

Zaznacz występowanie następujących objawów:

Występowanie śladów zgrzytania (smugi, pasy)	Prawa	Przód	Lewa
Występowanie śladów zaciskania (miejsc w kształcie koła, punktów)	Prawa	Przód	Lewa
Połączenie śladów zgrzytania i zaciskania	Prawa	Przód	Lewa

Pęknięcia lub perforacje	Prawa	Przód	Lewa
--------------------------	-------	-------	------



Raport technologiczny dotyczący oceny opartej na instrumentach (IBA).

A.7. Bruksizm w czasie snu

A.7.1. Elektromiografia

Liczba aktywności mięśnia żwacza powyżej 10% MVC (10% maksymalnego skurczu żwacza)	
Bruxism time index (jeśli dostępny)	
Bruxism work index (jeśli dostępny)	

A.7.2. 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

A.7.4. Urządzenie z sensorami (opcjonalnie)

Liczba występujących zdarzeń nacisku zgryzowego

A.8. Bruksizm w czasie czuwania

A.8.1. Ecological Momentary Assessment (EMA) – raport tygodniowy chwilowej oceny

BruxApp

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

A.8.2. Elektromiografia w czasie czuwania

Liczba aktywności mięśnia żwacza powyżej 10% MVC (10% maksymalnego skurczu żwacza)	
Bruxism time index	
Bruxism work index	

A.8.3. Inne metody: Do ustalenia

A.9. Dodatkowe przyrządy

A.9.1. Kwasowość wewnętrzna (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 lęku i depresji

W ciągu ostatnich 2 tygodni – jak często występowały następujące dolegliwości?

1. Uczucie zdenerwowania, strachu lub znajdowania się na krawędzi

- Nigdy..... ☐
- Przez kilka dni..... ☐
- Przez więcej niż połowę dni..... ☐
- Prawie codziennie..... ☐

2. Brak zdolności do zaprzestania lub kontroli zamartwiania się

- Nigdy..... ☐
- Przez kilka dni..... ☐
- Przez więcej niż połowę dni..... ☐
- Prawie codziennie..... ☐

3. Małe zainteresowanie, bądź mała przyjemność podczas wykonywania czynności

- Nigdy..... ☐
- Przez kilka dni..... ☐
- Przez więcej niż połowę dni..... ☐
- Prawie codziennie..... ☐

4. Złe samopoczucie, przygnębienie bądź poczucie beznadziei

- Nigdy..... ☐
- Przez kilka dni..... ☐
- Przez więcej niż połowę dni..... ☐
- Prawie codziennie..... ☐

B.1.2. Zdolność radzenia 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

- Zdecydowanie mnie nie opisuje..... ☐
- Nie opisuje mnie..... ☐
- Nie mam zdania..... ☐
- Opisuje mnie..... ☐
- Zdecydowanie mnie opisuje..... ☐

B.2. Ocena współwystępujących schorzeń związanych ze snem — raport własny

B.2.1. Badanie przesiewowe bezdechu sennego

Zaznacz, na które z poniższych pytań odpowiesz twierdząco:

- Czy głośno chrapiasz?..... ☐
- Czy często czujesz się zmęczony, wyczerpany lub śpiący w trakcie dnia?..... ☐
- Czy ktoś zauważył, że przestałeś oddychać lub dusiłeś się/ z trudnością
łapałeś powietrze we śnie?..... ☐
- Czy masz nadciśnienie lub jesteś leczony na nadciśnienie?..... ☐
- Wskaźnik masy ciała (BMI) powyżej 35?..... ☐
- Czy masz powyżej 50 lat?..... ☐
- Czy obwód Twojej szyi jest duży?
(43 cm lub większy dla mężczyzn, 41 cm lub większy dla kobiet)?..... ☐
- Czy jesteś mężczyzną?..... ☐

B.2.2. Badanie przesiewowe na bezsenność

Wskaż, które z poniższych stwierdzeń są prawdziwe dla Ciebie:

- Mam trudności z zasypianiem..... ☐
- Mam gonitwę myśli w głowie, która nie pozwala 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 bezsenność przez pół godziny lub dłużej, zanim zasnę..... ☐

B.2.3. Badanie przesiewowe okresowego zaburzenia ruchu kończyn i zespołu niespokojnych nóg

Wskaż, które z poniższych stwierdzeń odnoszą się do Ciebie:

- Poza ćwiczeniami nadal odczuwam napięcie mięśni nóg..... ☐
- Zauważyłem (lub ktoś inny zauważył), 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..... ☐
- Mimo że śpię w nocy, w ciągu dnia czuję się senny..... ☐

B.2.4. Zachowania ustne – pozycja w czasie snu

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

- Ani razu..... ☐
- Rzadko..... ☐
- Czasami..... ☐
- Większość czasu..... ☐
- Cały czas..... ☐
- Nie wiem..... ☐

B3. Ocena współwystępujących schorzeń niezwiązanych ze snem - raport własny

B.3.1. Zachowania ustne – czynności w godzinach czuwania

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

Q7. Trzymanie szczęki wysuniętej do przodu lub na bok

- Ani razu..... ☐
- Rzadko..... ☐
- Czasami..... ☐
- Większość czasu..... ☐
- Cały czas..... ☐
- Nie wiem..... ☐

Q8. Silne wciskanie języka w zęby

- Ani razu..... ☐
- Rzadko..... ☐
- Czasami..... ☐
- Większość czasu..... ☐
- Cały czas..... ☐
- Nie wiem..... ☐

Q9. Wsuwanie języka między zęby

- Ani razu..... ☐
- Rzadko..... ☐
- Czasami..... ☐
- Większość czasu..... ☐
- Cały czas..... ☐
- Nie wiem..... ☐

Q10. Gryzienie, żucie języka, policzka lub warg albo zabawa nimi

- Ani razu..... ☐
- Rzadko..... ☐
- Czasami..... ☐
- Większość czasu..... ☐
- Cały czas..... ☐
- Nie wiem..... ☐

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

- Ani razu..... ☐
- Rzadko..... ☐
- Czasami..... ☐
- Większość czasu..... ☐
- Cały czas..... ☐
- Nie wiem..... ☐

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

- Ani razu..... ☐
- Rzadko..... ☐
- Czasami..... ☐
- Większość czasu..... ☐
- Cały czas..... ☐
- Nie wiem..... ☐

Q13. Żucie gumy

- Ani razu..... ☐
- Rzadko..... ☐
- Czasami..... ☐
- Większość czasu..... ☐
- Cały czas..... ☐

Nie wiem..... ☐

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

Ani razu..... ☐

Rzadko..... ☐

Czasami..... ☐

Większość czasu..... ☐

Cały czas..... ☐

Nie wiem..... ☐

Q15. Opieranie żuchwy na dłoni, na przykład podpieranie się pod brodą podczas odpoczynku

Ani razu..... ☐

Rzadko..... ☐

Czasami..... ☐

Większość czasu..... ☐

Cały czas..... ☐

Nie wiem..... ☐

Q16. Żucie żywności tylko po jednej stronie

Ani razu..... ☐

Rzadko..... ☐

Czasami..... ☐

Większość czasu..... ☐

Cały czas..... ☐

Nie wiem..... ☐

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

Ani razu..... ☐

Rzadko..... ☐

Czasami..... ☐

Większość czasu..... ☐

Cały czas..... ☐

Nie wiem..... ☐

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

Ani razu..... ☐

Rzadko..... ☐

Czasami..... ☐

Większość czasu..... ☐

Cały czas..... ☐

Nie wiem..... ☐

Q19. Śpiewanie

Ani razu..... ☐

Rzadko..... ☐

Czasami..... ☐

Większość czasu..... ☐

Cały czas..... ☐

Nie wiem..... ☐

Q20. Ziewanie

Ani razu..... ☐

Rzadko..... ☐

Czasami..... ☐

Większość czasu..... ☐

Cały czas..... ☐

Nie wiem..... ☐

Q21. Trzymanie telefonu między głową a ramieniem

Ani razu..... ☐

Rzadko..... ☐

Czasami..... ☐

Większość czasu..... ☐

Cały czas..... ☐

Nie wiem..... ☐

B.3.2. Korzystanie ze smartfona (pozycja opcjonalna)

Podaj średni czas/dzień korzystania ze smartfona.....

B.3.3. Zaburzenia motoryczne jamy ustnej i twarzy

Czy zdiagnozowano u Ciebie lub odczuwasz objawy któregoś z poniższych schorzeń?

Dyskinezy ustno-twarzowe..... ☐

Dystonia ustno-żuchwowa..... ☐

Choroba Parkinsona..... ☐

Choroba Huntingtona..... ☐

Zespół Tourette'a..... ☐

Półowiczy kurcz twarzy..... ☐

Dyskinezy późne..... ☐

B.3.4. Badania przesiewowe w kierunku refluksu żołądkowo-przełykowego

Ile razy w tygodniu występują poniższe objawy?

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 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..... ☐

B.3.5. 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..... ☐

B.3.6. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

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

Nie..... ☐

Tak..... ☐

B.4. Ocena leków na receptę i zażywanych substancji – raport własny

B.4.1. Narkotyki

Zaznacz, jeśli używasz rekreacyjnych lub ulicznych narkotyków..... ☐

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

B.4.2. Leki

Czy obecnie zażywasz któryś z poniższych leków?

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

Benzodiazepiny..... ☐

Neuroleptyki, leki przeciwpsychotyczne, leki przeciwwymiotne (antagoniści dopaminy).... ☐

Leki na ADHD..... ☐

Leki przeciwalergiczne..... ☐

Medyczna marihuana CBD..... ☐

Medyczna marihuana THC..... ☐

Opioidy..... ☐

Inne..... ☐

Jeśli tak, proszę wymienić wszystkie leki i dawkowanie

B.4.3. Tytoń

Czy palisz lub używasz jakichkolwiek wyrobów tytoniowych?

Nie..... ☐

Tak..... ☐

Rzucam..... ☐

Jeśli tak, ile papierosów dziennie palisz? podaj ilość

B.4.4. Alkohol

Czy spożywasz napoje alkoholowe (piwo, wino, mocne alkohole)?

Nie..... ☐

Tak..... ☐

Rzucam..... ☐

Jeśli tak, jakie jest Twoje przybliżone spożycie tych napojów alkoholowych

(szklanki/dzień)?

B.4.5. Napoje bezalkoholowe

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

Nie..... ☐

Tak..... ☐

Rzucam..... ☐

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

B.4.6. 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)?.....

B.4.7. Kofeina

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

Nie..... ☐

Tak..... ☐

Rzucam..... ☐

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

B.5. Ocena czynników dodatkowych

B.5.1. Badanie przesiewowe pod kątem rodzinnego występowania bruksizmu

Czy ktoś w Twojej rodzinie (na przykład ojciec, matka, dzieci), cierpi lub cierpiał na bruksizm?

Nie..... ☐

Tak..... ☐...Ojciec... ☐...Matka... ☐...Syn... ☐...Córka... ☐...Dziadek... ☐...Babcia

Nie wiem..... ☐

B.5.2. Badanie przesiewowe pod kątem występowania rodzinnego starcia zębów

Czy ktoś w Twojej rodzinie (na przykład ojciec, matka, dzieci), cierpi na starcie zębów?

Nie..... ☐

Tak..... ☐...Ojciec... ☐...Matka... ☐...Syn... ☐...Córka... ☐...Dziadek... ☐...Babcia

Nie wiem..... ☐

B.5.3. Badanie przesiewowe pod kątem występowania rodzinnego obturacyjnego bezdechu sennego

Czy któryś z członków Twojej rodziny (na przykład ojciec, matka, dzieci), cierpi na obturacyjny bezdech senny?

Nie..... ☐

Tak..... ☐...Ojciec... ☐...Matka... ☐...Syn... ☐...Córka... ☐...Dziadek... ☐...Babcia

Nie wiem..... ☐

B.5.4. Badanie przesiewowe pod kątem występowania rodzinnego bólu ustno-twarzowego

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

Nie.....☐

Tak.....☐...Ojciec...☐...Matka...☐...Syn...☐...Córka...☐...Dziadek...☐...Babcia

Nie wiem.....☐

B.5.5. Badanie przesiewowe pod kątem występowania rodzinnego refluku żołądkowo-przełykowego

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

Nie.....☐

Tak.....☐...Ojciec...☐...Matka...☐...Syn...☐...Córka...☐...Dziadek...☐...Babcia

Nie wiem.....☐