

Strumento standardizzato per la Valutazione del Bruxismo



VERSIONE ITALIANA

Gennaio 2023



School of Dentistry - Department of Medical Biotechnologies
University of Siena, 53100 Siena, Italy

Original language: English

Translation to: Italian

Date of translation: 01/01/23

Translation team

Project leader: Prof. Daniele Manfredini

Dentist, Specialty in Orthodontics
MSc in Occlusion and Temporomandibular Disorders
PhD in Dental Research
Diplomate American Board of Orofacial Pain
Editor-in-Chief CRANIO: The Journal of Craniomandibular and Sleep Practice
Director - Facial Pain Unit
Director - Post-Graduate Master Course in Orofacial Pain and Temporomandibular Disorders
School of Dentistry, Department of Medical Biotechnologies, University of Siena, 53100 Siena, Italy

Team leader: Anna Colonna, PhD

Study coordinator 1: Anna Colonna, PhD

Study coordinator 2: Prof. Alessandro Bracci

Study coordinator 3: Dr. Luca Guarda Nardini

Forward translator 1: Dr. Matteo Val PhD

Forward translator 2: Dr. Attilio Renzulli

Back- translator 1: Dr. Enrico Albertini

Back- translator 2: Dr. Ovidio Saracutu

Collaborators

Expert panellist 1: Dr. Debora Rossi

Expert panellist 2: Dr. Matteo Pollis, PhD

Expert panellist 3: Prof. Marzia Segù

Expert panellist 4: Aurora Manfredini

Expert panellist 5: Dr. Chiara Bonanni

Translation available at
www.bruxism-project.com
Copyright © 2023

Indice

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

Strumento standardizzato per la Valutazione del Bruxismo (STAB)

Questionario demografico

Sesso

- ☐ Maschio
- ☐ Femmina
- ☐ Non Specificato/Altri

Età

Altezza

Peso

Quale è il suo stato coniugale?

- ☐ Sposato/a
- ☐ Convivente
- ☐ Divorziato/a
- ☐ Separato/a
- ☐ Vedovo/a
- ☐ Nubile

Quale è il più alto grado o livello di educazione che ha conseguito?

- ☐ Scuola dell'obbligo (<16 anni)
- ☐ Scuole di secondo grado (es., superiori) fino ai 18 anni
- ☐ Università, senza conseguire la Laurea
- ☐ Laurea
- ☐ Livello post-Laurea

ASSE A

Valutazione dello stato e delle conseguenze del bruxismo

Autovalutazione Basata sul Soggetto (ABS)

Resoconto del paziente

A1. Resoconto sul bruxismo del sonno

A1.1 DOMANDA SUL BRUXISMO DEL SONNO

**Durante l'ultimo mese, con quale frequenza ha serrato o digrignato i denti mentre dormiva?
(basandosi sulle informazioni che possiede)**

- ☐ Mai
- ☐ Meno di una notte al mese
- ☐ 1-3 notti al mese
- ☐ 1-3 notti a settimana
- ☐ 4-7 notti a settimana
- ☐ Non so

A1.1.1 DOMANDA SUL BRUXISMO DEL SONNO, IN PASSATO

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

- ☐ No
- ☐ Sì
- ☐ Non so

A2. Resoconto sul bruxismo della veglia

A2.1 DOMANDA SUL DIGRIGNAMENTO DEI DENTI DURANTE LA VEGLIA

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

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

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

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

- ☐ No
- ☐ Sì
- ☐ Non so

A2.2 DOMANDA SUL SERRAMENTO DEI DENTI DURANTE LA VEGLIA

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

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

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

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

- ☐ No
- ☐ Sì
- ☐ Non so

A2.3 DOMANDE SUL CONTATTO TRA DENTI DA SVEGLIO

In questo ultimo mese, quanto frequentemente ha toccato o mantenuto i suoi denti a contatto tra loro (i denti superiori con quelli inferiori), escludendo durante i pasti?

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

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

In passato, era abituato/a toccare o mantenere i suoi denti a contatto tra loro (i denti superiori con quelli inferiori), escludendo durante i pasti?

- ☐ No
- ☐ Sì
- ☐ Non so

A2.4 DOMANDA SUL SERRAMENTO MANDIBOLARE DURANTE LA VEGLIA

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

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

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

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

- ☐ No
- ☐ Sì
- ☐ Non so

A3. Disturbi del paziente

DISORDINI TEMPOROMANDIBOLARI

A3.1 DOLORE NEI DISORDINI TEMPOROMANDIBOLARI

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

- ☐ Nessun dolore
- ☐ Dolore che va e viene
- ☐ Dolore costante

A3.2 DOLORE O RIGIDITÀ AL RISVEGLIO

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

- ☐ No
- ☐ Sì

A3.3 BLOCCO MANDIBOLARE

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

- ☐ No
- ☐ Sì

A3.4 CAMBIAMENTI DEL DOLORE IN BASE ALLE ATTIVITÀ

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

- ☐ Masticare con forza o masticare cibo duro
- ☐ Aprire la bocca, muovere la mandibola in avanti o di lato
- ☐ Mantenere i denti a contatto, serrare, digrignare o masticare chewing gum
- ☐ Altre attività come parlare, baciare, sbadigliare

A3.5 RUMORI DELL'ARTICOLAZIONE DELLA MANDIBOLA

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

- ☐ No
☐ Sì

A3.6 DOLORE MUSCOLARE DURANTE LA VEGLIA

Negli ultimi 30 giorni, ha avuto dolore muscolare alla mandibola, durante almeno uno di questi momenti della giornata?

- ☐ Tra la sveglia e la colazione
☐ Tra la colazione e il pranzo
☐ Tra il pranzo e la cena
☐ Tra la cena e prima di addormentarsi

A3.6.1 STANCHEZZA O FATICA MUSCOLARE DURANTE LA VEGLIA

Negli ultimi 30 giorni, ha avuto una sensazione di stanchezza, fatica o rigidità dei muscoli della mandibola durante uno dei seguenti momenti della giornata?

- ☐ Tra la sveglia e la colazione
☐ Tra la colazione e il pranzo
☐ Tra il pranzo e la cena
☐ Tra la cena e prima di addormentarsi

A3.7 DOMANDE SULLA SINTOMATOLOGIA AL RISVEGLIO

Sei consapevole di uno dei seguenti sintomi al risveglio?

- ☐ Sensazione di affaticamento, indolenzimento o tensione alla mandibola
☐ Sensazione che i denti sono serrati o che la tua bocca è dolorante
☐ Dolore alle tempie
☐ Sensazione di tensione nell'articolazione della mascella al risveglio e sensazione di dover muovere la mandibola per rilassarla
☐ Difficoltà ad aprire la bocca al risveglio

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

MAL DI TESTA**A3.8 MAL DI TESTA**

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

- ☐ No
☐ Sì

Se sì, per quanti giorni?.....

USURA DENTALE

A3.9 USURA DENTALE

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

Sensibilità e/o dolore: ☐si ☐no

Problemi funzionali (difficoltà a masticare e mangiare): ☐si ☐no

Deterioramento dell'aspetto estetico (compromissione dell'estetica del sorriso): ☐si ☐no

Danneggiamenti dei tessuti duri dentali e dei restauri: ☐si ☐no

Compromissione della fonetica: ☐si ☐no

ACUFENE

A3.10 ACUFENE

Sente rumori o fischi nelle sue orecchie (acufene)?

☐ No

☐ Si

XEROSTOMIA E IPERSALIVAZIONE

A3.11 XEROSTOMIA

Sente la sua bocca secca?

☐ Mai

☐ Occasionalmente

☐ Spesso

A3.12 IPERSALIVAZIONE

Ha mai avuto la perdita di saliva durante la notte?

☐ Non ho mai avuto perdita di saliva durante la notte

☐ Il mio cuscino a volte si bagna durante la notte

☐ Il mio cuscino si bagna regolarmente durante la notte

☐ Il mio cuscino si bagna sempre durante la notte

☐ il mio cuscino e le altre lenzuola si bagnano ogni notte

Valutazione Basata sulla Clinica (VBC)

Resoconto dell'Esaminatore

(ad l'uso dell'esaminatore)

A4. Articolazioni e Muscoli

A4.1 DIAGNOSI DISORDINI TEMPORO MANDIBOLARI

Segni la presenza delle seguenti diagnosi

A4.1.1. DISTURBI DEL DOLORE*

*La preghiamo di rispondere a questa sezione solo se la domanda A3.3 (TMD Pain Screener) è stata risposta positivamente dal paziente

- ☐ Mialgia
- ☐ Dolore miofasciale diffuso
- ☐ Dolore miofasciale con irradiazione
- ☐ Artralgia destra
- ☐ Artralgia sinistra
- ☐ Mal di testa attribuito ai DTM

A4.1.2. DISORDINI ATM DESTRA *

*Per favore specificare se la diagnosi è basata su una valutazione clinica (Clin) o radiologica (Rx)

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| ☐ Dislocazione del disco con riduzione | ☐ Clin | ☐ Rx |
| ☐ Dislocazione del disco con riduzione e blocco intermittente | ☐ Clin | ☐ Rx |
| ☐ Dislocazione del disco senza riduzione con apertura limitata | ☐ Clin | ☐ Rx |
| ☐ Dislocazione del disco senza riduzione senza apertura limitata | ☐ Clin | ☐ Rx |
| ☐ Malattie degenerative dell'articolazione | ☐ Clin | ☐ Rx |
| ☐ Sublussazione | ☐ Clin | ☐ Rx |

A4.1.3. DISORDINI ATM SINISTRA*

*Per favore specificare se la diagnosi è basata su una valutazione clinica (Clin) o radiologica (Rx)

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| ☐ Dislocazione del disco con riduzione | ☐ Clin | ☐ Rx |
| ☐ Dislocazione del disco con riduzione e blocco intermittente | ☐ Clin | ☐ Rx |
| ☐ Dislocazione del disco senza riduzione con apertura limitata | ☐ Clin | ☐ Rx |
| ☐ Dislocazione del disco senza riduzione senza apertura limitata | ☐ Clin | ☐ Rx |
| ☐ Malattie degenerative dell'articolazione | ☐ Clin | ☐ Rx |
| ☐ Sublussazione | ☐ Clin | ☐ Rx |

A4.2 IPERTROFIA DEL MASSETERE

Segni la presenza dell'ipertrofia del massetere:

- ☐ Sinistra
- ☐ Destra

A5. Tessuti Intraorali e Extraorali

A5.1 TESSUTI MOLLI E OSSEI

Segni la presenza dei seguenti segni:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Linea alba | ☐ Sinistra | ☐ Destra |
| ☐ Dentellatura sulla mucosa labiale | ☐ Superiore | ☐ Inferiore |
| ☐ Dentellatura sulla mucosa labiale | ☐ Sinistra | ☐ Davanti ☐ Destra |
| ☐ Ulcerazione della lingua* | ☐ Sinistra | ☐ Davanti ☐ Destra |
| ☐ Esostosi dell'osso alveolare | ☐ Mandibolare (vestibolare/Linguale)
☐ Mascellare (vestibolare/palatale/Medio-palatale) | |

*Se presenta bordi solidi, induriti e arrotondati, considerarlo come campanello d'allarme per ulteriori indagini urgenti.

A5.2 POSIZIONE DELLA LINGUA DI FRIEDMAN MODIFICATA



Category I:

Senza fonazione/depressore della lingua
Ugola e arco palatale visibile



Category II:

Con fonazione
Ugola e arco palatale visibile



Category III:

Con depressore della lingua
Ugola e arco palatale visibile

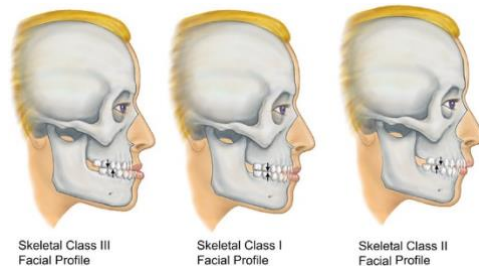


Category IV:

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

A5.3 CLASSE SCHELETRICA (Opzionale)

- ☐ Classe 1
- ☐ Classe 2
- ☐ Classe 3



A5.4 PROFILO SCHELETRICO (Opzionale)

- ☐ Profilo Normo-divergente (Angolo goniaco medio)
- ☐ Profilo Ipo-divergente (Angolo goniaco basso)
- ☐ Profilo Iper-divergente (Angolo goniaco alto)



A6. Denti e Restauri

A6.1 CONTROLLO DELL'USURA DENTALE – QUANTIFICAZIONE

Indichi il punteggio più elevato dell'usura dentale per sestante

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

i punteggi sono basati su una scala ordinale a cinque punti per la valutazione delle superfici occlusali e incisali. Per ciascun sestante viene registrato il punteggio più alto; 0 = nessuna usura (visibile); 1 = usura visibile limitata allo smalto; 2 = usura visibile con esposizione della dentina e perdita della altezza clinica della corona $\leq 1/3$; 3 = perdita dell'altezza clinica della corona $> 1/3$ ma $< 2/3$; 4 = perdita dell'altezza clinica della corona $\geq 2/3$
Per la valutazione delle superfici non occlusali/non incisali viene adottata una scala ordinale a tre punti. Si registra il punteggio più alto delle superfici palatali del secondo sestante.; 0 = nessuna usura (visibile); 1 = usura limitata allo smalto; 2 = usura con esposizione della dentina

A.6.1.1 QUALIFICAZIONE DELL'USURA DENTALE*

* Durante la quantificazione, se è riscontrato un grado ≥ 2 , è necessaria la qualificazione (vedi sotto)

Segni clinici che indicano l'influenza di fattori meccanici:

- ☐ Sfaccettature brillanti, piatte e lucide
- ☐ Smalto e dentina usurati allo stesso livello
- ☐ Usure sulle superfici occlusali con caratteristiche corrispondenti ai denti antagonisti
- ☐ Fratture di cuspidi o restauri
- ☐ Segni nelle guance, sulla lingua e/o sulle labbra
- ☐ Lesioni Cervicali Non Cariose (LCNC) localizzate nelle aree cervicali dei denti.
- ☐ Lesioni Cervicali Non Cariose (LCNC) vestibolari, più ampie che profonde
- ☐ Aree cervicali dei premolari e dei canini compromesse
- ☐ Incrinature nello smalto
- ☐ -Tori mandibolari

A6.2 ESAME PARODONTALE E DENTALE

Indicare il numero di denti con i seguenti segni

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

A6.3 RESTAURI

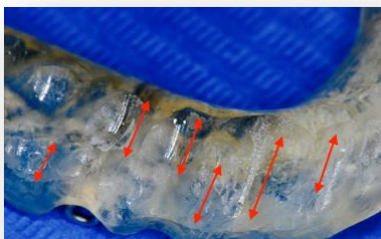
Indicare il numero di denti/impianti con i seguenti segni.

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

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

Indichi la presenza dei seguenti segni:

Prevalenza di segni di digrignamento (i.e., strisce)	☐ Sx	☐ Davanti	☐ Dx
Prevalenza di segni di serramento(es. punti simili a cerchi)	☐ Sx	☐ Davanti	☐ Dx
Combinazione di segni di masticazione e serramento	☐ Sx	☐ Davanti	☐ Dx
Fratture o perforazioni	☐ Sx	☐ Davanti	☐ Dx



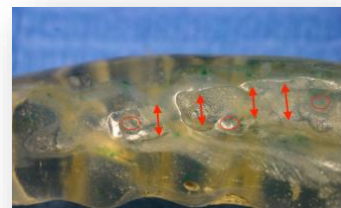
Example of grinding marks

Esempio di segni di digrignamento



Example of clenching marks.

Esempio di segni di serramento dentale



Example of combined marks.

Esempio di segni combinati

Valutazione Basata sugli Strumenti (VBS)

Resoconto strumentale

A7. Bruxismo del sonno

A7.1 ELECTROMIOGRAFIA

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

A7.2 POLYSOMNOGRAFIA (Opzionale)

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

A7.3 ALTRI METODI (Opzionale)

Punteggio di applicazione per smartphone per rumori da digrignamento

A7.4 APPARECCHIO CON SENSORI (Opzionale)

Numero di eventi di pressione sul bite

A8. Bruxismo della veglia

A8.1 VALUTAZIONE ECOLOGICA ISTANTANEA (EMA by smartphone)

Report di almeno una settimana

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

A8.2 ELETTROMIOGRAFIA DURANTE LA VEGLIA

Numero di eventi del massetere oltre il 10% MVC

Indice del tempo di bruxismo (se disponibile)

Indice del lavoro di bruxismo (se disponibile)

A8.3 ALTRI METODI: da determinare**A9. Strumenti aggiuntivi****A9.1. Acidità Intraorale (Opzionale)**

PH SALIVARE A RIPOSO

FLUSSO SALIVARE A RIPOSO

PH SALIVARE STIMOLATO (paraffine)

FLUSSO SALIVARE STIMOLATO

ASSE B

Fattori eziologici, di rischio e condizioni di comorbidità

B1. Valutazione Psicosociale – Self Report

B1.1 SCREENING per ANSIA e DEPRESSIONE

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

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

- ☐ Mai
- ☐ Alcuni giorni
- ☐ Più della metà dei giorni
- ☐ Quasi tutti i giorni

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

- ☐ Mai
- ☐ Alcuni giorni
- ☐ Più della metà dei giorni
- ☐ Quasi tutti i giorni

3. Poco interesse o piacere nel fare le cose

- ☐ Mai
- ☐ Alcuni giorni
- ☐ Più della metà dei giorni
- ☐ Quasi tutti i giorni

4. Sentirsi giù di morale, depresso o senza speranze

- ☐ Mai
- ☐ Alcuni giorni
- ☐ Più della metà dei giorni
- ☐ Quasi tutti i giorni

B1.2 ADATTAMENTO

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

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

- ☐ Non mi descrive per niente
- ☐ Non mi descrive
- ☐ Neutrale
- ☐ Mi descrive
- ☐ Mi descrive molto bene

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

- ☐ Non mi descrive per niente
- ☐ Non mi descrive
- ☐ Neutrale
- ☐ Mi descrive
- ☐ Mi descrive molto bene

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

- ☐ Non mi descrive per niente
- ☐ Non mi descrive
- ☐ Neutrale
- ☐ Mi descrive
- ☐ Mi descrive molto bene

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

- ☐ Non mi descrive per niente
- ☐ Non mi descrive
- ☐ Neutrale
- ☐ Mi descrive
- ☐ Mi descrive alla perfezione

B2. Valutazione delle condizioni concomitanti relative al sonno

Self Report

B2.1 SCREENING PER L'APNEA DEL SONNO

Segni a quale delle seguenti domande risponderebbe positivamente

Russa rumorosamente?	☐ Si	☐ No
Si sente spesso stanco, affaticato o sonnolento durante le ore del giorno?	☐ Si	☐ No
Qualcuno l'ha vista smettere di respirare, soffocare/ansimare durante il sonno?	☐ Si	☐ No
Ha o è in cura per l'ipertensione arteriosa?	☐ Si	☐ No
Presenta un indice di massa corporea superiore a 35?	☐ Si	☐ No
Ha un'età superiore dei 50 anni?	☐ Si	☐ No
Presenta un collo di grandi dimensioni? (43 cm o maggiore per gli uomini; 41 cm o maggiore per le donne)	☐ Si	☐ No
Sesso: Maschile?	☐ Si	☐ No

B2.2 SCREENING PER L'INSONNIA

Indichi quale delle seguenti affermazioni può essere applicata a lei

Ho difficoltà nell'addormentarmi	☐ Si	☐ No
I pensieri occupano la mia mente e mi impediscono di dormire	☐ Si	☐ No
Prevedo un problema con il sonno più volte alla settimana	☐ Si	☐ No
Una volta sveglio, non sono più in grado di riaddormentarmi	☐ Si	☐ No
Mi preoccupa per le cose e ho problemi a rilassarmi	☐ Si	☐ No
Mi sveglio al mattino prima di quanto vorrei	☐ Si	☐ No
Rimango sveglio per mezz'ora o più prima di addormentarmi	☐ Si	☐ No

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

A parte quando faccio esercizio fisico, avverto ancora tensione muscolare nelle gambe.
Ho notato (o mi è stato fatto notare) che parti del mio corpo sussultano durante il sonno.
Mi è stato detto che scalcio di notte.
Quando provo ad addormentarmi, provo una sensazione di dolore o formicolio ????? alle gambe.
Di notte provo dolore e crampi alle gambe.
A volte non riesco a tenere le gambe ferme di notte. Devo muoverle per sentirmi più comodo.
Anche se ho dormito durante la notte, mi sento assonato durante il giorno

B2.4 COMPORTAMENTI ORALI: POSIZIONE DURANTE IL SONNO

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

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

B3. Valutazione condizioni concomitanti non relative al sonno

Self Report

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

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

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

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

Q8. Premere fortemente la lingua contro i denti

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

Q9. Posizionare la lingua tra i denti

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

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

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

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

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

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

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

Q13. Masticare chewing gum

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

Q14. Suonare uno strumento che comprende l'utilizzo della bocca o della mandibola

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

Q15. Appoggiarsi alla mandibola con la propria mano, tipo coppa, per riposare il mento sulla mano.

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

Q16. Masticare il cibo solo da un lato

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

Q17. Mangiare tra i pasti

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

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

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

Q19. Cantare

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

Q20. Sbadigliare

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

Q21. Mantenere il telefono tra le spalle e la testa

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

B3.2 UTILIZZO DEL TELEFONO (opzionale)

Indicare la media giornaliera di utilizzo del proprio telefono

B3.3 DISTURBI MOTORI OROFACCIALI

Le è stata diagnosticata o presenta possibili segni di una delle seguenti condizioni?

- ☐ Discinesia Orofacciale
- ☐ Distonia Oromandibolare
- ☐ Malattia di Parkinson
- ☐ Malattia di Huntington
- ☐ Sindrome di Tourette
- ☐ Spasmi Emifacciali
- ☐ Discinesia tardiva

B3.4 SCREENING PER LA MALATTIA DEL REFLUSSO GASTROESOFAGEO

Quante volte a settimana riscontra ognuno dei seguenti sintomi?

A. Sensazione di bruciore dietro lo sterno (bruciore di stomaco)

- ☐ 0 Giorni
- ☐ 1 Giorno
- ☐ 2-3 Giorni
- ☐ 4-7 Giorni

B. Il contenuto dello stomaco risale verso la gola o la bocca (rigurgito)

- ☐ 0 Giorni
- ☐ 1 Giorno
- ☐ 2-3 Giorni
- ☐ 4-7 Giorni

C. Dolore nella zona centrale o superiore dello stomaco

- ☐ 0 Giorni
- ☐ 1 Giorno
- ☐ 2-3 Giorni
- ☐ 4-7 Giorni

D. Nausea

- ☐ 0 Giorni
- ☐ 1 Giorno
- ☐ 2-3 Giorni
- ☐ 4-7 Giorni

E. Difficoltà a dormire bene a causa di bruciore di stomaco o rigurgito

- ☐ 0 Giorni
- ☐ 1 Giorno
- ☐ 2-3 Giorni
- ☐ 4-7 Giorni

F. Necessità di farmaci da banco per il bruciore di stomaco o il rigurgito

- ☐ 0 Giorni
- ☐ 1 Giorno
- ☐ 2-3 Giorni
- ☐ 4-7 Giorni

B3.5 SCREENING PER MALATTIE AUTOIMMUNI O DEL TESSUTO CONNETTICO

Le è stata diagnosticata una delle seguenti condizioni?

- ☐ Artrite reumatoide
- ☐ Lupus
- ☐ Altre malattie reumatiche sistemiche, inclusa la fibromialgia
- ☐ Altre condizioni sistemiche, inclusa la sclerosi multipla, polimialgia reumatica, malattie connettive miste

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

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

- ☐ No
- ☐ Sì

B4. Valutazione farmaci prescritti e utilizzo di altre sostanze

Self Report

B4.1 DROGHE

Segni se fa uso di droghe ricreative o da strada

Se sì, indichi di quale droga ha fatto uso _____

B4.2 FARMACI

È attualmente in cura con uno dei seguenti farmaci?

- ☐ Antidepressivi (e.g., Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina)
- ☐ Benzodiazepine
- ☐ Neurolettici, Antipsicotici, Antiemetici (antagonisti della dopamina)
- ☐ Farmaci per ADHD
- ☐ Farmaci antiallergici
- ☐ Marijuana medica CBD
- ☐ Marijuana medica TCH
- ☐ Oppioidi
- ☐ Altri

Se sì, indichi tutti farmaci e i loro dosaggi

B4.3 TABACCO

Fuma, o utilizza qualunque prodotto derivante da tabacco?

- ☐ No
- ☐ Sì
- ☐ Ho smesso

Se sì, quante sigarette al giorno fuma? N° _____

B4.4 ALCOL

Beve bevande alcoliche? (birra, vino, liquori)?

☐ No

☐ Sì

Ho smesso

Se sì, quale è il suo utilizzo approssimativo di queste bevande alcoliche (bicchieri al giorno)?

B4.5 BEVANDE ANALCOLICHE

Beve regolarmente bevande gassate? (es., Cola – RedBull – Sprite – Fanta)?

☐ No

☐ Sì

Ho smesso

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

B4.6 SUCCHI E FRUTTA

Beve regolarmente succhi o mangia frutti contenenti acido citrico (e.g., limone, arancia, pompelmo, succo di uva)?

☐ No

☐ Sì

Ho smesso

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

B4.7 CAFFEINA

Beve regolarmente caffè, tea, o altre bevande con caffeina?

☐ No

☐ Sì

Ho smesso

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

B5. Valutazioni aggiuntive

B5.1 SCREENING SUL BRUXISMO FAMILIARE

È a conoscenza di qualcuno nella sua famiglia (per esempio, padre, madre, figli) che ha avuto una storia di bruxismo?

☐ No

☐ Sì ☐ Padre ☐ Madre ☐ Figlio ☐ Figlia ☐ Nonno ☐ Nonna

☐ Non ne sono a conoscenza

B5.2 SCREENING SULL'USURA DENTALE FAMILIARE

Conosce qualcuno nella sua famiglia (ad esempio, padre, madre, figli) che soffre di usura dentale?

☐ No

☐ Sì ☐ Padre ☐ Madre ☐ Figlio ☐ Figlia ☐ Nonno ☐ Nonna

☐ Non ne sono a conoscenza

B5.3 SCREENING FAMILIARE DELL'OSA

Conosce qualcuno nella sua famiglia (ad esempio, padre, madre, figli) che soffre di apnea notturna?

- ☐ No
☐ Sì ☐ Padre ☐ Madre ☐ Figlio ☐ Figlia ☐ Nonno ☐ Nonna
☐ Non ne sono a conoscenza

B5.4 SCREENING DEL DOLORE OROFACCIALE FAMILIARE

Conosce qualcuno nella sua famiglia (ad esempio, padre, madre, figli) che soffre di dolore facciale non dentale?

- ☐ No
☐ Sì ☐ Padre ☐ Madre ☐ Figlio ☐ Figlia ☐ Nonno ☐ Nonna
☐ Non ne sono a conoscenza

B5.5 SCREENING FAMILIARE DELLA MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO

Conosce qualcuno nella sua famiglia (ad esempio, padre, madre, figli) affetto da malattia da reflusso gastro-esofageo?

- ☐ No
☐ Sì ☐ Padre ☐ Madre ☐ Figlio ☐ Figlia ☐ Nonno ☐ Nonna
☐ Non ne sono a conoscenza