

FORWARD TRANSLATION 1

Author: Francisco Maligno

STAB – Instrumento de Abordagem Estandardizada do Bruxismo

Demografia

Sexo

Masculino

Feminino

Não especificado / Outro

Idade	Altura	Peso
-------	--------	------

Qual o seu estado civil atual?

Casado(a)

União de facto

Divorciado(a)

Separado(a)

Viúvo(a)

Nunca foi casado(a)

Qual foi o mais alto grau ou nível de escolaridade que completou?

Sem escolaridade

Ensino Básico

Ensino Secundário

Ensino Técnico/Profissional

Ensino Superior

Mestrado/Doutoramento

AXIS A – Avaliação do Estado e Consequências do Bruxismo

Avaliação Baseada no Indivíduo (SBA) – Autorrelato

A1. RELATO DE BRUXISMO DO SONO

A1.1 Pergunta sobre bruxismo do sono

Com base no último mês, com que frequência aperta ou range os dentes enquanto dorme (com base em qualquer informação que possa ter)?

Em nenhum momento

Menos de uma noite/mês

1-3 noites/mês

1-3 noites/semana

4-7 noites/semana

Não sei

A1.1.1 Pergunta sobre a história de bruxismo do sono

No passado, costumava apertar ou ranger os dentes enquanto dormia (com base em qualquer informação que possa ter)?

Não

Sim

Não sei

A2. RELATO DE BRUXISMO DA VIGÍLIA

A2.1 Pergunta sobre o ranger de dentes durante a vigília (período acordado)

Com base no último mês, com que frequência range os dentes durante as horas de vigília?

Em nenhum momento

Raramente

Algumas vezes

Na maioria das vezes

O tempo todo

Não sei

A.2.1.1 Pergunta sobre a história do ranger de dentes durante a vigília (período acordado)

No passado, costumava ranger os dentes durante as horas de vigília?

Não

Sim

Não sei

A2.2 Pergunta sobre o apertamento dentário durante a vigília (período acordado)

Com base no último mês, com que frequência aperta os dentes durante as horas de vigília?

Em nenhum momento

Raramente

Algumas vezes

A maior parte do tempo

O tempo todo

Não sei

A2.2.1 Pergunta sobre história de apertamento dentário durante a vigília (período acordado)

No passado, costumava apertar os dentes durante as horas de vigília?

Não

Sim

Não sei

A2.3 Pergunta sobre o contacto dentário durante a vigília (período acordado)

Com base no último mês, com que frequência pressiona, toca ou mantém os dentes unidos, exceto durante as refeições (isto é, o contacto entre os dentes superiores e inferiores)?

Em nenhum momento

Raramente

Algumas vezes

A maior parte do tempo

O tempo todo

Não sei

A2.3.1 Pergunta sobre a história de contacto dentário durante a vigília (período acordado)

No passado, costumava pressionar, tocar ou manter os dentes unidos, exceto durante as refeições (isto é, o contacto entre os dentes superiores e inferiores)?

Não

Sim

Não sei

A2.4 Pergunta sobre o aumento da tensão muscular mandibular sem contacto dentário na vigília (período acordado)

Com base no último mês, com que frequência sente um aumento da tensão muscular sem apertar ou unir os dentes?

Em nenhum momento

Raramente

Algumas vezes

A maior parte do tempo

O tempo todo

Não sei

A2.4.1 Pergunta sobre a história da mandíbula acordada

No passado, costumava sentir um aumento da tensão muscular sem apertar ou unir os dentes?

Não

Sim

Não sei

A3. QUEIXAS DO PACIENTE

DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

A3.1 Dor relacionada com DTM

Nos últimos 30 dias, qual das seguintes opções melhor descreve qualquer dor na mandíbula ou região da fonte, de ambos os lados?

Sem dor

A dor vai e vem

A dor está sempre presente

A3.2 Dor ou rigidez ao acordar

Nos últimos 30 dias, sentiu dor ou rigidez na mandíbula ao despertar?

Não

Sim

A3.3 Bloqueio de boca fechada

Nos últimos 30 dias, sentiu a sua mandíbula bloqueada ou presa, mesmo que por um momento, de modo que não a abrisse NA TOTALIDADE?

Não

Sim

A3.4 Alteração da dor com atividades

Nos últimos 30 dias, as seguintes atividades alteraram qualquer dor (isto é, aliviaram-na ou tornaram-na pior) na mandíbula, na fonte, no ouvido ou à frente do ouvido em algum dos lados?

Mastigar comida dura ou rija

Abrir a boca ou mover a sua mandíbula para a frente ou para o lado

Hábitos com os maxilares como manter os dentes juntos, apertar/ranger os dentes, ou mascar pastilha elástica

Outras atividades com os maxilares como falar, beijar ou bocejar

A3.5 Sons articulares

Nos últimos 30 dias, sentiu algum som (ou sons) articular(es) quando moveu ou usou a sua mandíbula?

Não

Sim

A3.6 Dor muscular durante a vigília

Nos últimos 30 dias, sentiu dor muscular nos maxilares durante algum dos seguintes momentos do dia?

Entre o acordar e tomar o pequeno-almoço

Entre o pequeno-almoço e o almoço

Entre o almoço e o jantar

Entre o jantar e a hora de dormir

A3.6.1 Cansaço ou fadiga muscular durante a vigília

Nos últimos 30 dias, sentiu rigidez ou sensação de tensão, cansaço ou fadiga muscular na mandíbula durante algum dos seguintes momentos do dia?

Entre acordar e tomar o pequeno-almoço

Entre o pequeno-almoço e o almoço

Entre o almoço e o jantar

Entre o jantar e a hora de dormir

A3.7 Pergunta sobre sintomas ao despertar

Está consciente de algum dos seguintes sintomas ao acordar?

Sensação de fadiga, dor ou rigidez nos maxilares

Sensação de que os seus dentes estão cerrados ou que a sua boca está dorida

Dor nas têmporas

Sensação de tensão na articulação temporomandibular ao acordar e sensação de que tem de mover o maxilar inferior para o libertar

Dificuldade em abrir a boca totalmente ao acordar

Ouvir ou sentir um estalido na articulação temporomandibular ao acordar que depois desaparece

Cefaleias

A3.8 Cefaleias

Nos últimos 30 dias, teve alguma dor de cabeça que incluiu a zona das têmporas de sua cabeça?

Não

Sim

Em caso afirmativo, quantos dias?

DESGASTE DENTÁRIO

A3.9 Desgaste dentário

Sente algum dos seguintes sintomas devido ao desgaste dentário existente?

Sensibilidade e/ou dor

Problemas funcionais (dificuldade em mastigar e comer)

Deterioração da aparência estética (redução da atratividade do sorriso)

Fraturas do tecido duro dentário e restaurações

Comprometimento fonético

ACUFENOS

A3.10 Acufenos

Tem ruídos ou zumbidos nos ouvidos (acufenos)?

Não

Sim

XEROSTOMIA E SALIVAÇÃO

A3.11 Xerostomia

Sente a boca seca?

Nunca

Ocasionalmente

Muitas vezes

A3.12 Salivação

Sente perda de saliva (baba) durante o sono?

Não sinto em qualquer momento perda de saliva durante o sono

A minha almofada fica molhada às vezes durante o sono.

A minha almofada fica regularmente molhada durante o sono

A minha almofada fica sempre molhada durante o sono

Todas as noites, a minha almofada e os lençóis ficam molhados.

EXAME CLÍNICO - STAB

Avaliação Baseada na Análise clínica (CBA) – Relatório do examinador (para utilização do examinador)

A4. ARTICULAÇÕES E MÚSCULOS

A4.1 Diagnóstico de DTM (item opcional)

Marque a presença dos seguintes diagnósticos

A4.1.1. Perturbações da dor*

* Preencha esta secção apenas se o item A3.3 (Questionário de Rastreo de Dor - DTM) tiver sido respondido positivamente pelo paciente.

Mialgia

Dor miofascial

Dor miofascial com dor referida

Artralgia direita

Artralgia esquerda

Cefaleia atribuída à DTM

A4.1.2. Perturbações da ATM direita*

*Especifique se o diagnóstico é baseado numa avaliação clínica ou/e imagiológica

Deslocamento do disco com redução

Deslocamento do disco com redução, com bloqueio intermitente

Deslocamento do disco sem redução com limitação de abertura

Deslocamento do disco sem redução sem limitação de abertura

Doença articular degenerativa

Subluxação

A4.1.3. Perturbações da ATM esquerda*

*Especifique se o diagnóstico é baseado na avaliação clínica ou/e imagiológica

Deslocamento do disco com redução

Deslocamento do disco com redução, com bloqueio intermitente

Deslocamento do disco sem redução com limitação de abertura

Deslocamento do disco sem redução sem limitação de abertura

Doença articular degenerativa

Subluxação

A4.2 Hipertrofia do músculo Masséter

Marque a presença de hipertrofia do masseter

Esquerda

Direita

A5. TECIDOS INTRA E EXTRAORAIS

A5.1 Tecidos moles e ósseos

Marque a presença dos seguintes sinais, fazendo um círculo em torno da resposta correspondente:

Linea Alba	Esquerda	Direita	
Edentações no lábio	Superior	Inferior	
Língua edentada	Direita	Frente	Esquerda
Úlcerações na língua*	Direita	Frente	Esquerda
Exostoses do osso alveolar	Mandíbula (vestibular/lingual)	Maxila (vestibular/palatino/linha média palatina)	

*Se positivo e tiver bordos firmes, endurecidos e elevados – alerta vermelho para investigação urgente adicional.

A5.2 Posição da língua – Classificação modificada de Friedman

Após avaliação Intra-oral, assinale a categoria respetiva.



Category I:

No phonation/ tongue depressor –
uvula and palatal arch visible



Category II:

With phonation –
uvula and palatal arch visible



Category III:

With tongue depressor –
uvula and palatal arch visible



Category IV:

With phonation/ tongue depressor –
uvula and palatal arch not visible

A5.3 Classe esquelética (item opcional)

Classe I

Classe II

Classe III



Skeletal Class III
Facial Profile



Skeletal Class I
Facial Profile



Skeletal Class II
Facial Profile

A5.4 Perfil esquelético (item opcional)

Perfil normodivergente (ângulo goníaco médio)

Perfil hipodivergente (ângulo goníaco baixo)

Perfil hiperdivergente (ângulo goníaco elevado)



A6. DENTES E RESTAURAÇÕES

A6.1 Rastreio do desgaste dentário – quantificação

a. Desgaste oclusal/incisal por sextante

(0) nenhum desgaste visível

(1) desgaste visível dentro do esmalte

(2) desgaste visível com exposição da dentina e perda da altura clínica da coroa de $\leq 1/3$

(3) perda da altura da coroa $> 1/3$ mas $< 2/3$,

(4) perda da altura da coroa $\geq 2/3$

b. Desgaste palatino no 2º sextante

(0) sem desgaste visível, (1) desgaste confinado ao esmalte, (2) desgaste na dentina

1º Sextante - Oclusal	2º Sextante - Incisal	3º Sextante - Oclusal
0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
	2º Sextante - Palatino	
	0 1 2	
6º Sextante - Oclusal	5º Sextante - Incisal	4º Sextante - Oclusal
0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

A.6.1.1 Qualificação para o desgaste dentário*

*Quando durante a quantificação é detetada uma pontuação ≥ 2 , é necessária qualificação.

Sinais clínicos que indicam a influência de fatores mecânicos:

Facetas brilhantes, planas e brilhantes

Desgaste do esmalte e da dentina ao mesmo ritmo

Desgaste em superfícies oclusais correspondentes, características dos dentes antagonistas

Fratura de cúspides ou restaurações

Edentações/traumatismos na bochecha, língua e/ou lábio

Lesões Cervicais Não Cariosas localizadas nas áreas Cervicais dos dentes (LCNC)

Lesões vestibulares/cervicais mais amplas do que profundas, lesões cervicais não cariosas (LCNC)

As áreas cervicais dos pré-molares e cúspides são afetadas

Fissuras no esmalte

Tórus mandibular

a. O desgaste dentário observado é:

☐ principalmente mecânico

☐ principalmente químico

☐ mecânico e químico

A6.2 Exame Periodontal e Dentário

Indique o número do dente que apresente os seguintes sinais:

	1º Sextant e	2º Sextant e	3º Sextant e	4º Sextant e	5º Sextant e	6º Sextant e
Mobilidade dentária						
Sensibilidade térmica						
Desconforto/dor a trincar						
Dentes fraturados						

A6.3 Restaurações

Indicar o número de dentes/implantes com os seguintes sinais

	1º Sextant e	2º Sextant e	3º Sextant e	4º Sextant e	5º Sextant e	6º Sextant e
Perda/Fratura de restaurações						
Restaurações abrasionadas/desgastadas						
Fratura (<i>shipping</i>) de cerâmica						
Mobilidade de implantes						
Fratura de implantes						
Fratura/Desaperto de parafusos de restaurações sobre implantes						

A6.4 Avaliação do dispositivo intraoral (se o doente utilizar goteira oclusal dura de resina acrílica)

Marque a presença dos seguintes sinais

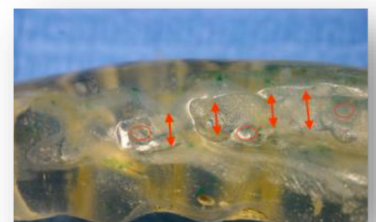
	Direita	Zona anterior	Esquerda
Prevalência de marcas de ranger (riscos horizontais...)			
Prevalência de marcas de apertamento (concauidades circulares no acrílico...)			
Combinação de marcas de ranger e de apertamento			
Fraturas ou perfurações			



Example of grinding marks



Example of clenching marks.



Example of combined marks.

AValiação BASEADA NA INFORMAÇÃO INSTRUMENTAL TECNOLÓGICA

A7. BRUXISMO DO SONO

A7.1 Eletromiografia

Número de eventos do masséter acima de 10% MCV (máxima contração voluntária): _____

Índice de tempo de bruxismo (se disponível): _____

Índice de trabalho/comportamento de bruxismo (se disponível): _____

A7.2 Polissonografia (opcional)

Número eventos de microdespertares relacionados com BS: _____

Número eventos de microdespertares não relacionados com BS: _____

Índice de tempo de bruxismo (se disponível): _____

Índice de trabalho/comportamento de bruxismo (se disponível): _____

A7.3 Outros métodos (opcional)

Pontuação da aplicação para smartphone relativa aos sons associados ao ranger dos dentes: _____

A7.4 Aparelho com sensores (opcional)

Número de eventos de aumento de pressão associado ao apertamento dentário: _____

A8. BRUXISMO DA VIGÍLIA

A8.1 Avaliação ecológica momentânea – relatório de uma semana de monitorização

Condição	1 semana (em %)	Semana(s) adicional(ais) (em %)
Músculos da mandíbula relaxados (sem contacto dentário)		
Tensão muscular e sensação de empurrar a mandíbula (sem contacto dentário)		
Contacto dentário (toque leve e constante)		
Apertamento dos dentes (toque forte e constante)		

Ranger os dentes		
------------------	--	--

A8.2 Electromiografia no período da vigília

Número de eventos do masséter acima de 10% MCV (máxima contração voluntária): _____

Índice de tempo de bruxismo (se disponível): _____

Índice de trabalho/comportamento de bruxismo (se disponível): _____

A9. INSTRUMENTOS ADICIONAIS

A9.1. Acidez intraoral (opcional)

pH salivar em repouso: _____

Fluxo salivar em repouso: _____

pH salivar estimulado (parafina): _____

Fluxo salivar estimulado: _____

EIXO B – FATORES DE RISCO ETIOLÓGICOS E COMORBIDADES ASSOCIADAS

B1. AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL — AUTORRELATO

B1.1 Rastreio da ansiedade e depressão

Nas últimas duas semanas, quantas vezes se sentiu incododado(a) por algum(ns) dos seguintes problemas?

1. Sentir-se nervoso(a), ansioso(a) ou no limite

Nunca

Vários dias

Mais de metade dos dias

Quase todos os dias

2. Não ser capaz de parar ou controlar a preocupação:

Nunca

Vários dias

Mais de metade dos dias

Quase todos os dias

3. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas

Nunca

Vários dias

Mais de metade dos dias

Quase todos os dias

4. Sentir-se em baixo, deprimido ou sem esperança

Nunca

Vários dias

Mais de metade dos dias

Quase todos os dias

B1.2 Coping

Considere o quão bem as afirmações a seguir descrevem os seus comportamentos e ações

1. Procuro formas criativas de alterar situações difíceis

Não me descreve de todo

Não me descreve

Neutro

Descreve-me

Descreve-me muito bem

2. Independentemente do que me acontece, acredito que posso controlar a minha reação:

Não me descreve de todo

Não me descreve

Neutro

Descreve-me

Descreve-me muito bem

3. Acredito que posso crescer de forma positiva ao lidar com situações difíceis

Não me descreve de todo

Não me descreve

Neutro

Descreve-me

Descreve-me muito bem

4. Procuro ativamente formas de repor as perdas que encontro na vida

Não me descreve de todo

Não me descreve

Neutro

Descreve-me

Descreve-me muito bem

B2. AVALIAÇÃO DE CONDIÇÕES RELACIONADAS COM O SONO CONCOMITANTES – AUTO-RELATO

B2.1 Rastreio da apneia do sono

Por favor, marque as perguntas seguintes às quais responde afirmativamente:

Você ressona alto?

Sente-se frequentemente cansado(a), fatigado(a) ou sonolento(a) durante o dia?

Alguém já observou que para de respirar ou que se engasga/ofega durante o sono?

Tem, ou está a ser tratado(a), por tensão arterial elevada?"

Tem índice de massa corporal superior a 35 (peso/altura²)?

Idade superior a 50 anos?

Perímetro do pescoço elevado (43cm ou maior para os homens; 41cm ou maior para as mulheres)?

Sexo = masculino?

B2.2 Rastreamento da insónia

Indique qual das seguintes afirmações se aplica a si:

Tenho dificuldade em adormecer

Os pensamentos passam pela minha mente e impedem-me de dormir

Antecipo um problema durante o sono várias vezes por semana

Acordo e não consigo voltar a dormir

Preocupo-me com as coisas e tenho problemas em relaxar

Acordo mais cedo do que gostaria

Deito-me e mantenho-me acordado durante meia hora ou mais antes de adormecer

B2.3 Perturbação de movimento periódico dos membros e rastreio do síndrome das pernas inquietas

Indique qual das seguintes condições lhe podem ser aplicadas?

Exceto se relacionado a exercício físico, continuo a sentir tensão muscular nas pernas

Tenho reparado (ou outras pessoas comentaram) que partes do meu corpo fazem movimentos involuntários durante o sono."

Disseram-me que dou pontapés durante o sono.

Ao tentar dormir, sinto uma sensação de dor ou dormência nas pernas

Sinto dor nas pernas e câibras durante o sono

Às vezes não consigo manter as pernas paradas durante o sono. Tenho que movê-los para me sentir confortável

Apesar de ter dormido durante o período do sono, sinto-me sonolento durante o período de vigília (acordado).

B2.4 Comportamentos orais – posição durante o sono

Baseado no último mês, quantas vezes dorme numa posição em que exerce pressão na mandíbula?

Em nenhum momento

Raramente

Algumas vezes

A maior parte do tempo

Sempre

Não sei

**B3. ABORDAGEM DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS CONCORRENTES NÃO RELACIONADAS COM O SONO
– AUTO-RELATO**

B3.1 Comportamentos orais – atividades durante o período de vigília

Com base no seu último mês, com que frequência realiza cada uma das seguintes atividades?

Atividades durante o dia		Nenhuma vez	Um pouco do tempo	Algum do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
7.	Mantém ou projeta a mandíbula para a frente ou para o lado	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Pressiona com força a língua contra os dentes	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Coloca a língua entre os dentes	☐	☐	☐	☐	☐
10.	Morde, mastiga ou brinca com a sua língua, bochechas ou lábios	☐	☐	☐	☐	☐
11.	Mantém a mandíbula numa posição rígida ou tensa, como se fosse preparar para um impacto ou proteger a mandíbula	☐	☐	☐	☐	☐
12.	Mantém entre os dentes ou morde objetos, tais como, cabelo, cachimbo, lápis, canetas, dedos, unhas, etc.	☐	☐	☐	☐	☐
13.	Utiliza pastilha elástica	☐	☐	☐	☐	☐
14.	Toca instrumento musical que envolva o uso da boca ou mandíbula (por exemplo, instrumentos de sopro, metal ou madeira, ou instrumentos de corda)	☐	☐	☐	☐	☐
15.	Inclina-se com a mandíbula sobre a sua mão, por exemplo, em concha ou a descansar o queixo na mão	☐	☐	☐	☐	☐
16.	Mastiga a comida só de um lado	☐	☐	☐	☐	☐
17.	Come entre refeições (isto é, comida que requeira mastigação)	☐	☐	☐	☐	☐
18.	Fala durante períodos prolongados (por exemplo, ensina, vende, apoio ao consumidor)	☐	☐	☐	☐	☐
19.	Canta	☐	☐	☐	☐	☐
20.	Boceja	☐	☐	☐	☐	☐
21.	Segura o telefone entre a sua cabeça e os ombros	☐	☐	☐	☐	☐

B3.2 Utilização do *smartphone* ou outros dispositivos electrónicos (item opcional)

Indique o tempo médio por dia, em horas, em que utiliza o *smartphone* ou outros dispositivos electrónicos: _____h

B3.3 Distúrbios motores orofaciais

Foi diagnosticado ou sofre de possíveis sinais de alguma das condições seguintes?

Discinesia Orofacial

Distonia Oromandibular

Doença de Parkinson

Doença de Huntington

Síndrome de Tourette

Espasmos Hemifaciais

Discinesia tardia

B3.4 Rastreio da doença de refluxo gastroesofágico

Quantas vezes por semana ocorrem cada um dos seguintes sintomas?

A. Sensação de ardor atrás do esterno (azia)

0 Dias

1 Dia

2–3 Dias

4–7 Dias

B. Conteúdo do estômago que sobe para a garganta ou boca (refluxo)

0 Dias

1 Dia

2–3 Dias

4–7 Dias

C. Dor na zona média ou superior do estômago

0 Dias

1 Dia

2–3 Dias

4–7 Dias

D. Náuseas

0 Dias

1 Dia

2–3 Dias

4–7 Dias

E. Dificuldade em ter uma boa noite de sono devido a azia ou refluxo

0 Dias

1 Dia

2–3 Dias

4–7 Dias

F. Necessidade de utilização de medicação para azia ou refluxo

0 Dias

1 Dia

2–3 Dias

4–7 Dias

B3.5 Rastreio de doenças autoimunes ou do tecido conjuntivo

Foi diagnosticado com alguma das seguintes condições?

Artrite Reumatoide

Lúpus

Outras doenças reumáticas sistémicas, incluindo fibromialgia

Outras condições sistémicas, incluindo esclerose sistémica, polimialgia reumática, doença conjuntiva mista

B3.6 Perturbação de Hiperatividade e Défice de atenção

Foi diagnosticado com Perturbação de Hiperatividade e Défice de atenção?

Não

Sim

B4. MEDICAMENTOS PRESCRITOS E AVALIAÇÃO DO USO DE SUBSTÂNCIAS — AUTORRELATO

B4.1 Drogas

Consome drogas recreativas ou drogas ilícitas?

Não

Sim

Em caso afirmativo, indique quais as drogas que consome: _____

B4.2 Medicamentos

Está atualmente a tomar algum dos seguintes medicamentos?

Antidepressivos (por exemplo, inibidores seletivos da recaptação da serotonina)

Benzodiazepinas

Neurolépticos, Antipsicóticos, Antieméticos (antagonistas da dopamina)

Medicação para PHDA

Anti-alérgico medicação

Marijuana medicinal CBD

Mrijuana medicinal TSH

Opiáceos

Outros

Se assinalou algum dos anteriores, por favor, indique o nome de todos os medicamentos e a respetiva dosagem:

B4.3 Tabaco

Fuma ou usa algum produto do tabaco?

Não

Sim

Ocasionalmente

Em caso afirmativo, quantos cigarros/dia fuma? Nº: _____

B4.4 Álcool

Consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas brancas, etc.)?

Não

Sim

Ocasionalmente

Em caso afirmativo, qual é a sua ingestão aproximada destas bebidas alcoólicas (copos/dia)? _____

B4.5 Refrigerantes

Consome regularmente bebidas gaseificadas (Coca-Cola, Red-Bull, Fanta, Sprite, outros refrigerantes, etc.)?

Não

Sim

Ocasionalmente

Em caso afirmativo, qual é a sua ingestão aproximada (copos/dia)? _____

B4.6 Sumos e frutas

Você bebe regularmente sumos ou consome frutas cítricas (ex. limão, laranja, toranja)?

Não

Sim

Ocasionalmente

Em caso afirmativo, qual é a sua ingestão aproximada (copos/dia)? _____

B4.7 Cafeína

Consome regularmente café, chá ou outras bebidas com cafeína?

Não

Sim

Ocasionalmente

Em caso afirmativo, qual é a sua ingestão aproximada (chávenas/dia)? _____

B5. AVALIAÇÃO DE FATORES ADICIONAIS

B5.1 Rastreio do bruxismo familiar

Sabe de alguém na sua família (por exemplo, pai, mãe, filhos) que tenha histórico de bruxismo?

Não

Sim Pai/Mãe/Filho/Filha/Avô/Avó

Não sei

B5.2 Rastreio familiar do desgaste dentário

Sabe de alguém na sua família (por exemplo, pai, mãe, filhos) que tenha desgaste dentário?

Não

Sim Pai/Mãe/Filho/Filha/Avô/Avó

Não sei

B5.3 Rastreio familiar da Apneia Obstrutiva do Sono

Sabe de alguém na sua família (por exemplo, pai, mãe, filhos) que tenha apneia do sono?

Não

Sim Pai/Mãe/Filho/Filha/Avô/Avó

Não sei

B5.4 Rastreio familiar da dor orofacial

Sabe de alguém na sua família (por exemplo, pai, mãe, filhos) que tenha dor orofacial não-dentária?

Não

Sim Pai/Mãe/Filho/Filha/Avô/Avó (assinalar o parentesco correspondente)

Não sei

B5.5 Rastreio familiar da DRGE

Sabe de alguém na sua família (por exemplo, pai, mãe, filhos) que tenha doença do refluxo gastroesofágico?

Não

Sim Pai/Mãe/Filho/Filha/Avô/Avó (assinalar o parentesco correspondente)

Não sei

**PORTUGUESE (PORTUGAL)
TRANSLATION PROJECT**

