

STAB - Common Forward Translation

Authors: Ricardo Dias (SC1), Francisco Maligno (FT1), Carolina Parreira (FT2)

STAB – Instrumento Estandarizado de Abordagem do Bruxismo

Dados Demográficos

Sexo

Masculino

Feminino

Não especificado / Outro

Idade

Altura

Peso

Estado civil:

- () Casado
- () União de Facto
- () Divorciado
- () Separado
- () Viúvo
- () Nunca casou

Qual é o maior grau ou nível de escolaridade que obteve?

- () Ensino Básico (1º ciclo) (1º ao 4º ano)
- () Ensino Preparatório (2º e 3º ciclo) (5º ao 9º ano)
- () Ensino Secundário (10º ao 12º ano)
- () Licenciatura
- () Mestrado
- () Doutoramento
- () Outro: Qual? _____

EIXO 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, você 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 pressionamento ou tensão muscular mandibular sem contacto dentário na vigília

Com **base no último mês, com que frequência sente um aumento da tensão muscular** você segura, aperta ou tensiona os músculos **sem apertar ou unir os dentes?**

- ☐ Em nenhum momento
- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes

A maior parte do tempo

- ☐ Na maioria das vezes
- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

A2.4.1 Pergunta sobre a história do pressionamento ou tensão muscular mandibular sem contacto dentário na vigília

No passado, costumava segurar, apertar ou tensionar os seus músculos 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 acordar?

- ☐ 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?

A. Mastigar comida dura ou rija

- ☐ Não
- ☐ Sim

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

- ☐ Não
- ☐ Sim

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

- ☐ Não
- ☐ Sim

D. Outras atividades com os maxilares como falar, beijar ou bocejar

- ☐ Não
- ☐ Sim

A3.5 Sons articulares

Nos últimos 30 dias, sentiu algum som (ou sons) articular(es) na articulação da mandíbula quando moveu ou utilizou 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 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

Tem conhecimento 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 da mandíbula ao acordar e sensação de que tem de mover o maxilar inferior para a libertar
- () Dificuldade em abrir bem a boca ao acordar
- () Ouvir ou sentir um estalido na articulação da mandíbula ao acordar que desaparece depois

CEFALEIAS

A3.8 Cefaleias

Nos últimos 30 dias, você teve alguma dor de cabeça que incluiu as áreas temporais da 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 (dificuldades em mastigar e comer)
- () Deterioração da aparência estética (atratividade dentária comprometida)
- () Destruição 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 durante o sono?

- () Não sinto em qualquer momento perda de saliva (babar-se) durante o sono
- () A minha almofada às vezes fica molhada durante o sono
- () A minha almofada regularmente fica molhada durante o sono
- () A minha almofada todos dias fica molhada durante o sono
- () Todas as noites, a minha almofada e outras roupas de cama ficam molhados

Avaliação Baseada na Análise Clínica (CBA) – Relatório do examinador

(para utilização pelo 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 Rastreio de Dor - DTM) tiver sido respondido positivamente pelo paciente.

- () Mialgia
- () Dor miofascial disseminada
- () Dor miofascial com irradiação 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 masséter

- () 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
Ulcerações 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.



Categoria I:
Ausência de fonação ou
depressor lingual – úvula e
arco palatino visível

()



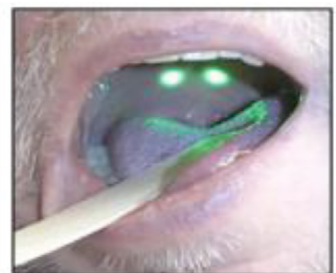
Categoria II:
Com Fonação – úvula e arco
palatino visível

()



Categoria III:
Com depressor lingual –
úvula e arco palatino visível

()

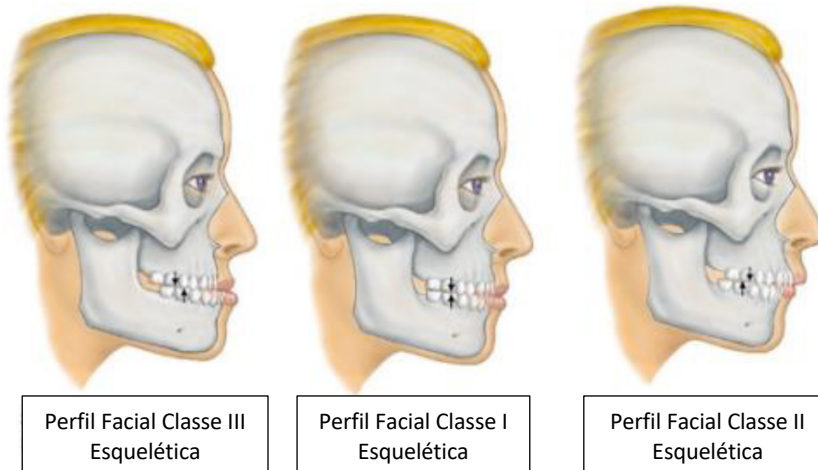


Categoria IV:
Com fonação ou depressor
lingual – úvula e arco
palatino não visível

()

A5.3 Classe esquelética (item opcional)

- () Classe I
- () Classe II
- () Classe III



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

Endentações/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 Sextante	2º Sextante	3º Sextante	4º Sextante	5º Sextante	6º Sextante
--	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Mobilidade dentária						
Sensibilidade térmica						
Desconforto/dor a trincar						
Dentes fraturados						

A6.3 Restaurações

Indicar o número de dentes/implantes com os seguintes sinais

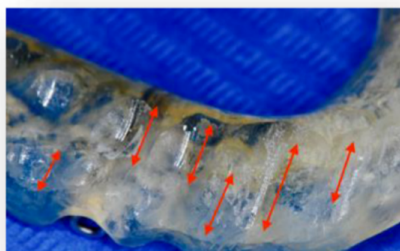
	1º Sextante	2º Sextante	3º Sextante	4º Sextante	5º Sextante	6º Sextante
Perda/Fratura de restaurações						
Restaurações abrasionadas/desgastadas						
Fratura (shipping) de cerâmica						
Mobilidade implantes						
Fratura de implantes						
Fratura/Desaperto de parafusos de restaurações sobre implantes						

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

Marque a presença dos seguintes sinais

DOR OROFACIAL, DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR, BRUXISMO E SONO

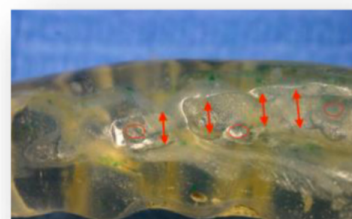
	Direita	Zona anterior	Esquerda
Prevalência de marcas de ranger (riscos horizontais...)			
Prevalência de marcas de apertamento (concavidades circulares noacrílico...)			
Combinação de marcas de ranger e de apertamento			
Fraturas ou perfurações			



Exemplo de marcas de ranger



Exemplo de marcas de apertamento



Exemplo de marcas combinadas

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): _____

A8. 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 COMORBILIDADES ASSOCIADAS

B1. AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL — AUTORRELATO

DOR OROFACIAL, DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR, BRUXISMO E SONO

B1.1 Rastreio da ansiedade e depressão

Nas últimas duas semanas, quantas vezes se sentiu incomodado(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. Procuo 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 Rastreamento da apnéia 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 rastreamento 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 eletrónicos (item opcional)

Indique o tempo médio por dia, em horas, em que utiliza o *smartphone* ou outros dispositivos eletrónicos: _____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 gastro-esofágico

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 recaptção da serotonina)

- () Benzodiazepinas
- () Neurolépticos, Antipsicóticos, Antieméticos (antagonistas da dopamina)
- () Medicação para PHDA
- () Antialérgico medicação
- () Marijuana medicinal CBD
- () Marijuana 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 gastro-esofágico?

- () Não

**PORTUGUESE (PORTUGAL)
TRANSLATION PROJECT**



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