

Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments (Polish)



International Network for Orofacial Pain and Related Disorders Methodology
A Consortium Focused On Clinical Translation Research

Editor: Richard Ohrbach

Version: 20Jan2014

www.rdc-tmdinternational.org

Badawcze kryteria diagnostyczne dysfunkcji narządu żucia

Polish translation by

Magdalena Osiewicz

Collaborators

Bartosz Ciapała

Piotr Kołodziej

Mieszko Więckiewicz

Katarzyna Bolt

Department of Integrated Dentistry, Jagiellonian University, Krakow, Poland

Department of Polish Philology, Pedagogical University of Cracow, Poland

Department of Experimental Dentistry, Wrocław Medical University, Wrocław, Poland

Accepted 20.08.2023 by the Consortium

Translation available at www.RDC-TMDinternational.org

Spis treści

Informacje ogólne	3
Wskazówki dotyczące drukowania	5
Spis treści (w języku angielskim).....	5
Jak cytować ten dokument.....	6
Podziękowania	8
Ocena osi I	9
TMD badanie przesiewowe bólu	10
Kwestionariusz objawów.....	12
Dane demograficzne.....	14
Badanie: wywiad dotyczący bólu i polecenia lekarza badającego	17
Formularz badania klinicznego (FDI; wersja w języku angielskim)	25
Diagnoza	28
Drzewo decyzyjne (wersja w języku angielskim)	29
Tabela kryteriów diagnostycznych (wersja w języku angielskim)	32
Ocena osi II	37
Schemat bólu	39
Skala bólu przewlekłego (GCPS) (wersja 2).....	41
JFLS-8	43
JFLS-20	45
PHQ-4.....	47
PHQ-9.....	49
GAD-7.....	51
PHQ-15.....	53
Lista kontrolna parafunkcji	55

Informacje ogólne

Niniejszy dokument zawiera kompleksowe narzędzia oceny dla DC/TMD. Cały pakiet do pobrania składa się z trzech dokumentów dotyczących wykorzystywania DC/TMD:

- Ohrbach R (editor) (2016). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. (niniejszy dokument)
- Ohrbach R, Knibbe W (2016). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): Scoring Manual for Self-Report Instruments.
- Ohrbach R, Gonzalez YM, List T, Michelotti A, Schiffman E (2014). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): Clinical Examination Protocol.

Wszystkie powyższe dokumenty można pobrać ze strony www.rdc-tmdinternational.org. Ich standardowa wersja źródłowa została zredagowana w języku angielskim; dokument dotyczący narzędzi oceny przetłumaczono na wiele innych języków. Pozostałe dwa dokumenty są dostępne zasadniczo w oryginalnej wersji językowej; przyjmujemy założenie, iż profesjonalni użytkownicy DC/TMD w zakresie sposobu przeprowadzania badania oraz posługiwania się instrumentami do samodzielnej oceny będą korzystać z dokumentów w wersji angielskiej.

Narzędzia do bezpośredniej oceny pacjenta opierają się w dużej mierze na użyciu języka, zarówno w formie pisemnej do samodzielnego uzupełniania danych przez pacjenta, jak i w formie ustnej do wykorzystania przez egzaminatora w rozmowie z pacjentem. Narzędzia opisane w tym dokumencie wykorzystywane są przede wszystkim przy bezpośrednim kontakcie z pacjentem, a ich terminologia powiązana jest bezpośrednio z procedurami diagnostycznymi; narzędzia te obejmują formularz badania, drzewa decyzyjne i kryteria diagnostyczne. Powyższe narzędzia znajdują się również w niniejszym dokumencie; w przypadku przetłumaczonych wersji DC/TMD są one dostępne zarówno w języku angielskim, jak i w językach poszczególnych przekładów.

Tłumaczenia instrumentów DC/TMD przeprowadzono zgodnie ze standardami INfORM; zob. Ohrbach R, Bjorner J, Jezewski MA, John MT i Lobbezoo F (2013). Wytyczne dotyczące ustalania ekwiwalencji kulturowej narzędzi; oraz Ohrbach R (2014) Tłumaczenie i adaptacja protokołu DC/TMD; materiały te dostępne są pod adresem URL wskazanym powyżej. Prosimy o uważną lekturę tych dokumentów w celu zapoznania się z konkretnymi procedurami i wymaganiami, których powinno się przestrzegać podczas tłumaczenia narzędzi, ze względu na konieczność zachowania semantycznej oraz kulturowej poprawności i odpowiedniości w stosunku do dokumentów źródłowych. Należy przy tym zauważyć, że Konsorcjum traktuje protokół oceny i jego narzędzia jako materiały podlegające ciągłemu rozwojowi; walidacja materiałów źródłowych jest procesem ciągłym, podobnie jak walidacja tłumaczeń na inne języki. Również sam format niniejszego dokumentu podlega zmianom; prezentowana wersja to 2016_06_08.

Zastrzeżenie: Udostępnienie tych dokumentów nie stanowi gwarancji ich empirycznej zasadności; ta musi zostać stwierdzona osobno, a wszystkie związane z tym dokumenty będą publikowane na stronie internetowej Konsorcjum. W przypadku wersji przetłumaczonych pełna dokumentacja procesu tłumaczenia jest dostępna pod wskazanym powyżej adresem URL jako Translation Logs (dzienniki tłumaczeń).

Wszelkie pytania dotyczące niniejszego dokumentu należy kierować do jego autora lub – w przypadku tłumaczeń – do tłumacza, w zależności od tego, do której wersji językowej (źródłowej lub innej) pytanie się odnosi.

Wskazówki dotyczące drukowania

Użytkownicy tego dokumentu mogą zechcieć wydrukować wybrane strony zawierające interesujące ich formularze. Poniższa tabela zawiera listę stron zawierających poszczególne formularze lub sekcje formularzy. Użytkownik powinien skopiować numery stron dla interesujących go formularzy / sekcji, a następnie wkleić w oknie dialogowym drukarki w polu „wybierz strony”.

Section	Page(s)
Oś I: TMD badanie przesiewowe bólu	11
Oś I: Formularze kliniczne	13, 14, 16, 26, 27
Oś I: Badanie: wywiad dotyczący bólu i polecenia lekarza badającego	17-24
Oś I: Drzewo diagnostyczne i kryteria oceny	30, 31, 33-36
Oś II: Badanie przesiewowe	40, 42, 44, 48, 56
Oś II: Pełne badanie	40, 42, 46, 50, 52, 54, 56

Contents (listed in English for reference)

Overview

Axis I Assessment

TMD Pain Screener

Symptom Questionnaire

Demographics

Examination: Pain-related Interview and Examiner Commands

Examination Form: International (English)

Diagnosis

Decision Tree (English)

Diagnostic Criteria Table (English)

Axis II Assessment

Pain Drawing

Graded Chronic Pain (version 2)

JFLS-8

JFLS-20

PHQ-4

PHQ-9

GAD-7

PHQ-15

Oral Behaviors Checklist

How to Cite This Document

The below examples illustrate how to cite both this document, the translated version of the DC/TMD, as well as the associated documents which may often be cited in conjunction with this one, depending on usage. In the below citation examples, “Accessed on *<date>*” will be completed at the time a citation is used in a document (such as a manuscript).

Citation of English language source

Cite this document as follows:

Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.

For example:

Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on July 1, 2016.

Citation of translation of this document

Translated versions of this document should be cited as follows if the title is also translated:

Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. *Badawcze kryteria diagnostyczne dysfunkcji narządu żucia. Polish Version 25May2016*] *Osiewicz M, Ciapała B, Bolt K, Więckiewicz M, Kołodziej P* Trans. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.

There are five scenarios of usage for the three documents comprising the full assessment set, each of which will have different citation requirements.

1. Use of full DC/TMD (Axis I and Axis II)
 - a. If only English version is used for both Axis I and Axis II, then cite both of the following:
 - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.
 - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.
 - b. If the English version of the procedures for the examination protocol is used and the translated version of the assessment protocol is used, then cite both of the following:
 - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.
 - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [*Badawcze kryteria diagnostyczne dysfunkcji narządu żucia. Polish Version 25May2016*] *Osiewicz M, Ciapała B, Bolt K, Więckiewicz M, Kołodziej P* Trans. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.

- c. If fully translated version of the examination protocol is used and the translated version of the assessment protocol is used, then cite both of the following:
 - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013 [Badawcze kryteria diagnostyczne dysfunkcji narządu żucia. Polish Version 25May2016] *Osiewicz M, Ciapała B, Bolt K, Więckiewicz M, Kołodziej P* Trans. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on <date>.
 - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016 [Badawcze kryteria diagnostyczne dysfunkcji narządu żucia. Polish Version 25May2016] *Osiewicz M, Ciapała B, Bolt K, Więckiewicz M, Kołodziej P*, Trans. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on <date>.
2. Use of only DC/TMD Axis I
- a. If only English version of the examination protocol is used, then cite the following:
 - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on <date>.
 - b. If only the examination commands are translated, then cite both of the following:
 - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on <date>.
 - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [Badawcze kryteria diagnostyczne dysfunkcji narządu żucia. Polish Version 25May2016] *Osiewicz M, Ciapała B, Bolt K, Więckiewicz M, Kołodziej P* Trans. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on <date>.
 - c. If fully translated version of the examination protocol is used, then cite the following:
 - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013 [Badawcze kryteria diagnostyczne dysfunkcji narządu żucia. Polish Version 25May2016] *Osiewicz M, Ciapała B, Bolt K, Więckiewicz M, Kołodziej P* Trans. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on <date>.
3. Use of only DC/TMD Axis II
- a. If only English version of the Axis II protocol is used, then cite the following:
 - i. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on <date>.
 - b. If translated version of the Axis II instruments is used, then cite the following:
 - i. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [Badawcze kryteria diagnostyczne dysfunkcji narządu żucia. Polish Version 25May2016] *Osiewicz M, Ciapała B, Bolt K, Więckiewicz M, Kołodziej P* Trans. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on <date>.

4. Citation of the self-report scoring manual
 - a. If only English version of this document is used, then cite the following:
 - i. Ohrbach R, Knibbe W. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Scoring Manual for Self-Report Instruments. Version 29May2016. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.
 - b. If translated version of the scoring manual exists, then cite the following:
 - i. Ohrbach R, Knibbe W. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Scoring Manual for Self-Report Instruments. Version 29May2016. [Badawcze kryteria diagnostyczne dysfunkcji narządu żucia. Polish Version 25May2016] *Osiewicz M, Ciapała B, Bolt K, Więckiewicz M, Kołodziej P* Trans. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.
5. Use of only part of the DC/TMD Axis II
 - a. If only English versions of the instruments are used, the user should cite the original source of the instrument(s) that is/are used. For example, only the TMD Pain Screener and the JFLS are used in a given application; then the user would cite Gonzalez et al, 2011, and Ohrbach et al, 2008, respectively.
 - b. If translated versions of the instruments were used, then the user would cite the source instruments as well as the fully translated assessment instrument document.

Acknowledgments

The DC/TMD is the result of many, many individuals and sponsors, and the assessment instruments in this document are an outcome of that very large process. Ohrbach and Dworkin, *Journal of Dental Research*, 2016 provide, as published acknowledgments, a full list of all of the contributors to the DC/TMD from research, publications, and workshops. This document, as a container for the assessment instruments in both English and translated forms, is yet another collaboration. To that end, the editor thanks Thomas List (Malmö, Sweden) and Ambra Michelotti (Naples, Italy) for their assistance regarding the structure and formatting of the completed DC/TMD. In addition, the editor expresses gratitude to Wendy Knibbe (ACTA, Amsterdam, The Netherlands) and to Birgitta Häggman-Henrikson (University of Malmö, Sweden) for their assistance in shaping this document, the major public face of the DC/TMD assessment tools. I also thank Wendy Knibbe and Yoly Gonzalez (University at Buffalo, NY, US) for their complementary assistance in helping refine the English version of all of the assessment instruments during the first translations of the DC/TMD (to Dutch, and to Spanish, respectively) by catching mistakes and typographical errors throughout the documents. Wendy and Yoly have provided all of us with better assessment instruments.

Axis I Assessment

Standard Usage		Instrument	Source
Screening	Complete		
D		TMD Pain Screener	Gonzalez YM, Schiffman E, Gordon G, Seago B, Truelove EL, Slade G, Ohrbach R. Development of a brief and effective temporomandibular disorder pain screening questionnaire: reliability and validity. <i>JADA</i> 142:1183-1191, 2011. Form version: October 11, 2013
	D	DC/TMD Symptom Questionnaire	Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013
	D	DC/TMD Demographics	Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013
	D	Pain-related Interview and Examiner Commands	Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E Form Version: May 12, 2013 Diagnosis list added November 30, 2014
	D	Clinical Examination Form North American and FDI	Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E Form Version: May 12, 2013 Diagnosis list added November 30, 2014

TMD badanie przesiewowe bólu

TMD – Badanie Przesiewowe Bólu

1. Jak długo – w okresie ostatnich 30 dni – odczuwał Pan/Pani ból szczęki lub skroni po którejś ze stron?
 - a. Brak bólu
 - b. Ból pojawia się i ustaje
 - c. Ból zawsze obecny

2. Czy w okresie ostatnich 30 dni odczuwał Pan/Pani ból bądź uczucie sztywności szczęki po przebudzeniu?
 - a. Nie
 - b. Tak

3. Czy w okresie ostatnich 30 dni następujące działania zmieniły jakikolwiek rodzaj odczuwanego bólu (zwiększyły go lub osłabiły) w szczęcie lub skroni po którejś ze stron?
 - A. Żucie twardej lub trudnej do przeżucia żywności
 - a. Nie
 - b. Tak

 - B. Otwieranie ust lub poruszanie żuchwą do przodu lub na boki
 - a. Nie
 - b. Tak

 - C. Nawyki takie jak: trzymanie zębów razem, zaciskanie zębów, zgrzytanie zębami bądź żucie gumy
 - a. Nie
 - b. Tak

 - D. Inne czynności szczęki, takie jak mówienie, całowanie lub ziewanie
 - a. Nie
 - b. Tak

Kwestionariusz objawów

Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

Kwestionariusz Objawów

Imię I nazwisko _____ Data _____

BÓL

1. Czy kiedykolwiek odczuwał Pan/Pani ból szczęki, skroni, wewnątrz ucha, lub z jego przodu po którejś z jego stron? Nie Tak

Jeżeli odpowiedź brzmi NIE, proszę przejść do pytania numer 5.

2. Ile lat temu bądź ile miesięcy temu odczuł Pan/Pani po raz _____ lat _____ miesięcy pierwszy ból szczęki, skroni, wewnątrz ucha lub z przodu ucha?

3. Która z poniższych formuł najlepiej wyraża jakikolwiek ból odczuwany w okresie ostatnich 30 dni w szczęcie, skroni, uchu bądź z przodu ucha po którejkolwiek ze stron?

- Brak bólu
 Ból pojawia się i ustaje
 Ból zawsze obecny

Proszę wybrać jedną odpowiedź

Jeżeli odpowiedź na pytanie Numer 3 brzmi NIE, proszę przejść do pytania Numer 5.

4. Czy w okresie ostatnich 30 dni któraś z poniższych czynności zmieniła jakikolwiek poziom odczuwanego bólu (zwiększyła go lub zmniejszyła) w szczęcie, skroni, wewnątrz ucha bądź z przodu ucha po którejś ze stron?

Nie **tak**

- | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| A. | Żucie twardego lub trudnego w żuciu jedzenia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. | Otwieranie ust, poruszanie żuchwą do przodu lub na boki | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. | Nawyki takie jak: trzymanie zębów razem, zaciskanie zębów/zgrzytanie zębami bądź żucie gumy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. | Inne czynności szczęki, takie jak : mówienie, całowanie, ziewanie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

BÓLE GŁOWY

5. Czy w okresie ostatnich 30 dni występowały bóle głowy, które obejmowały także obszar wokół skroni? Nie Tak

Jeżeli odpowiedź na pytanie 5 brzmi NIE, proszę przejść do pytania Numer 8.

6. Ile lat temu po raz pierwszy pojawił się ból w okolicach skroni? _____ lat _____ miesięcy

7. Czy w okresie ostatnich 30 dni któraś z poniższych czynności zmieniła jakikolwiek poziom odczuwanego bólu głowy (zwiększyła go lub zmniejszyła) w okolicy skroni po którejkolwiek ze stron?

Nie **Tak**

- | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| A. | Żucie twardego bądź trudnego w żuciu jedzenia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. | Otwieranie ust, poruszanie żuchwą do przodu lub na boki | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. | Nawyki takie jak : trzymanie zębów razem, zaciskanie zębów/zgrzytanie zębami bądź żucie gumy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. | Inne czynności szczęki, takie jak : mówienie, całowanie, ziewanie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DŹWIĘKI POCHODZĄCE ZE STAWU

Office use

- | | Nie | Tak | P | L | NW |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Czy w okresie ostatnich 30 dni pojawiały się dźwięki podczas poruszania żuchwą, pochodzące ze stawu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ZABLOKOWANIE ŻUCHWY W ZAMKNIĘCIU

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Czy <u>kiedykolwiek</u> nastąpiła blokada żuchwy, nawet na moment, tak że <u>nie było możliwości</u> PEŁNEGO otworzenia ust? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Jeżeli odpowiedź na pytanie 9 brzmi NIE, proszę przejść do pytania Numer 13.

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Czy blokada żuchwy była na tyle poważna, aby ograniczyć możliwość otwarcia ust oraz utrudniała jedzenie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Czy w okresie ostatnich 30 dni blokada żuchwy była na tyle poważna, że nie było możliwości, nawet przez moment, PEŁNEGO <u>otworzenia ust</u> , a następnie doszło do odblokowania żuchwy, tak że PEŁNE otwarcie ponownie stało się możliwe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Jeżeli odpowiedź na pytanie 11 brzmi NIE, proszę przejść do Pytania 13.

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Czy obecnie żuchwa jest zablokowana bądź ograniczona, tak że <u>nie otwiera się</u> W PEŁNI? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

ZABLOKOWANIE ŻUCHWY W OTWARCIU

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Czy w okresie ostatnich 30 dni nastąpiła, nawet na moment, blokada żuchwy podczas otwierania szeroko ust, tak że nie było możliwości ich <u>zamknięcia</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Jeżeli odpowiedź na pytanie 13 brzmi NIE, to kwestionariusz jest ukończony.

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. Czy w okresie ostatnich 30 dni, gdy żuchwa zablokowała się w pozycji szerokiego otwarcia, trzeba było coś zrobić (odpocząć, poruszyć lub manewrować żuchwą, popchnąć ją), aby móc zamknąć usta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Demografia

Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

Demografia

1. Jaki jest Twój obecny stan cywilny?

zamężna / żonaty

w konkubinacie /
związku partnerskim

rozwiedziony

w separacji

wdowa / wdowiec

panna / kawaler

2. Jaka jest Twoja narodowość?

polska

niemiecka

białoruska

ukraińska

romska

rosyjska

łemkowska

litewska

słowacka

inna

3. Jaka jest Twoja rasa?

biała

żółta

czarna

inna

4. Jakie jest Twoje wykształcenie?

podstawowe

gimnazjalne

zasadnicze zawodowe

zasadnicze branżowe

średnie branżowe

średnie

wyższe

5. Jaki jest średniomiesięczny dochód netto
przypadający na osobę w gospodarstwie
domowym?
(z uwzględnieniem wszystkich źródeł)

0 – 1000 PLN

1001 – 2000 PLN

2001 – 3000 PLN

3001 – 4000 PLN

4001 – 5000 PLN

5001 – 10000 PLN

powyżej 10 000 PLN

Badanie : wywiad dotyczący bólu i polecenia lekarza badającego

8 Required Examination Commands

8.1 Overview [see end of document for authorship and title]

The examiner commands that are required to be used verbatim, as shown in the complete examination sequence (Section 4) are reproduced here in order to facilitate learning and review.

8.2 Examination-related Pain Interview

Sub-section numbering follows that of the Examination-Related Pain Interview (Section 6)

6.2.1 W zakresie bólu powstającego wskutek wykonywania ruchów

- Czy odczuwałaś/eś ból podczas wykonywania tego ruchu?**
- Jeśli TAK:
 - Czy mogłabyś / mógłbyś wskazać palcem wszystkie miejsca, w których poczułaś ból?**
 - Czy są jakieś inne miejsca, w których poczułaś / poczułaś ból podczas tego ruchu? Wskaż [palcem] te miejsca.**
 - Przejdź do PYTAŃ DOTYCZĄCYCH BÓLU PODOBNEGO DO BÓLU ODCZUWANEGO WCZEŚNIEJ

6.2.2 W odniesieniu do bólu spowodowanego palpacją

- Czy poczułaś ból [w miejscu nacisku]?**
 - Jeśli TAK : Przejdź do PYTAŃ DOTYCZĄCYCH BÓLU PODOBNEGO DO BÓLU ODCZUWANEGO WCZEŚNIEJ

6.2.3 W odniesieniu do bólu spowodowanego „trzaskiem”

- Czy ten “trzask” był bolesny?**
- JEŚLI TAK: Przejdź do PYTAŃ DOTYCZĄCYCH BÓLU PODOBNEGO DO BÓLU ODCZUWANEGO WCZEŚNIEJ

6.2.4 Ankieta dotycząca bólu podobnego do bólu odczuwanego wcześniej

- Czy odczuwany ból jest podobny do jakiegokolwiek bólu, który odczuwałaś w tym miejscu w ciągu ostatnich 30 dni?**
- JEŚLI TAK: **Do jakiego bólu odczuwanego wcześniej ten ból jest podobny?**
- JEŚLI BÓL WYSTĘPUJE W OBSZARZE SKRONIOWYM: **Czy ten ból jest podobny do bólu głowy odczuwanego w tych okolicach w ciągu ostatnich 30 dni?**
- Badający sprawdza, czy obszary bólu zgłoszone w pierwszej części badania z ostatnich 30 dni są zgodne z obszarami ciała zgłoszonymi jako pozytywne dla bólu podobnego do bólu odczuwanego wcześniej.

6.2.5 Ankieta dotycząca bólu przeniesionego

- Czy poczułaś ból dokładnie pod moim palcem, czy też poczułaś go gdzie indziej [w różnych miejscach głowy, twarzy lub szczęki]?**
 - [Pokaż mi, w którym miejscu poczułaś ból.] **Wskaż palcem wszystkie miejsca, w których właśnie poczułaś ból [w efekcie mojego nacisku].**
- Po wskazaniu przez pacjenta zapytaj: **Czy poczułaś ból jeszcze w jakimś innym miejscu?**

8.3 Required Components from Section 5: Complete Examiner Commands

CONVENTIONS FOR THIS TABLE: Bold text under “Verbal Command” must be used verbatim; procedures associated with cells containing bold text may require additional (ordinary) language for the completion of the procedure. Blank cells under “Verbal Command” indicate that ordinary language is sufficient for that entire procedure; non-bolded text is also used to illustrate ordinary language use associated with particular procedures. Procedures with <none> under “Verbal Command” indicate that there is no verbal command from the examiner.

CONSTRUCT	Komenda głosowa
E1. Potwierdzenie przez badającego umiejscowienia bólu i bólu głowy	
<i>Dane identyfikacyjne</i>	<brak>
<i>Instrukcje dla pacjenta</i>	<p>Zanim zacznę badanie, chciałbym ustalić z Tobą kilka rzeczy.</p> <p>Będę cię pytał o ból i tylko Ty wiesz, czy odczuwasz ból. Kiedy będę pytał, czy odczuwasz ból, chciałbym, żebyś odpowiedział „tak” albo „nie”. Jeśli nie będziesz pewien, odpowiedz najlepiej, jak potrafisz.</p> <p>Jeśli poczujesz ból, spytam również, czy znasz już ten typ bólu. Chodzi o taki sam ból lub ból podobny do odczuwanego w tej samej części ciała w ciągu ostatnich 30 dni.</p> <p>Jeśli poczujesz ból w okolicy skroni, zapytam, czy jest on jak jakikolwiek ból głowy, który mogłeś poczuć w okolicy skroni w ciągu ostatnich 30 dni.</p>
<i>Scope of examination: anatomic areas of interest</i>	<p>Ze względu na cele tego badania interesuje mnie ból, który możesz odczuwać w tych miejscach....</p> <p>..... oraz w jamie ustnej.</p>
<i>E1a Umiejscowienie bólu w ciągu ostatnich 30 dni</i>	<p>Czy w ciągu ostatnich 30 dni odczuwałeś ból w tych miejscach [których dotknąłem]? JEŚLI „TAK”: Czy mógłbyś wskazać palcem każde miejsce, w którym odczuwałeś ból [w ciągu ostatnich 30 dni]?</p> <p>Czy są jakieś inne miejsca, w których odczuwałeś ból [w ciągu ostatnich 30 dni]?</p> <p>Jeśli „TAK”, BADAJĄCY POTWIERDZA: Pozwól mi potwierdzić, które miejsca wskazałeś.</p>
<i>E1b Umiejscowienie bólu głowy w ciągu ostatnich 30 dni</i>	<p>Czy w ciągu ostatnich 30 dni odczuwałeś jakieś bóle głowy? JEŚLI „TAK”: Czy mógłbyś wskazać palcem każdy obszar, w którym odczuwałeś ból głowy [w ciągu ostatnich 30 dni]?</p> <p>Czy są inne obszary, w których odczuwałeś ból głowy [w ciągu ostatnich 30 dni]?</p> <p>JEŚLI „TAK”, BADAJĄCY POTWIERDZA: Pozwól mi potwierdzić miejsca bólu głowy, które właśnie wskazałeś.</p>

CONSTRUCT	Komenda głosowa
E2. Stosunki zwarciove w obrębie zębów siecznych	
<i>Wybierz zęby szczęki i żuchwy do wykonania pomiarów</i>	Zaznaczę ołówkiem na twoich zębach kilka miejsc. Po zakończeniu badania usunę wszystkie zaznaczenia.
<i>Odniesienie do linii nagryzu</i>	Zetknij ze sobą tylne zęby całkowicie.
<i>Odniesienie do linii pośrodkowej</i>	[Zetknij ze sobą tylne zęby całkowicie.]
<i>Nagryz poziomy</i>	[Zetknij ze sobą tylne zęby całkowicie.]
<i>Nagryz pionowy</i>	<Poproś pacjenta, aby otworzył usta na tyle, aby można było zmierzyć pionowe nakładanie się zębów.>
E3. Ruch odwodzenia (uzupełnienie)	
<i>Pozycja startowa</i>	Zetknij ze sobą tylne zęby całkowicie.
<i>Wzorzec otwierania</i>	Chciałbym, żebyś powoli otworzył usta tak szeroko, jak tylko jesteś w stanie, nawet jeśli to sprawia ból; zamknij, i ponownie zetknij tylne zęby. Powtórz czynność jeszcze 2 razy.
E4. Ruchy otwarcia	
4A. Otwarcie bez bólu	
<i>Pozycja startowa</i>	[Umieść żuchwę w wygodnym położeniu]
<i>Ustawienie linijki pionowo</i>	<none>
<i>E4A Otwarcie bez bólu</i>	Chciałbym, żebyś otworzył usta tak szeroko, jak tylko jesteś w stanie, ale do granicy bólu albo bez zwiększania bólu, jaki odczuwasz obecnie.
4B. CZYNNNE MAKSYMALNE OTWARCIE	
<i>Pozycja startowa</i>	[Umieść żuchwę w wygodnym położeniu]
<i>E4B Czynne maksymalne otwarcie</i>	Chciałbym, żebyś otworzył usta tak szeroko, jak tylko jesteś w stanie, nawet jeśli to sprawia ból.
<i>E4B Ból po CMO</i>	Czy odczuwałeś jakikolwiek ból podczas wykonywania tej czynności?
4C. BIERNE MAKSYMALNE OTWARCIE	
<i>Pozycja startowa</i>	[Umieść żuchwę w wygodnym położeniu]
<i>Instrukcja</i>	Za chwilę spróbuję, jeśli to możliwe, otworzyć twoje usta szerzej, używając moich palców. Jeśli będziesz chciał, żebym przestał, podnieś rękę, a ja natychmiast przerwę badanie.
<i>E4C Maksymalne bierne otwarcie</i>	Umieszcę moją miarkę. [pauza] Teraz otwórz usta jak najszerzej, tak jak wcześniej, nawet jeśli to sprawia ból. [pauza] Poczujesz moje palce. Proszę rozluźnić żuchwę, abym mógł pomóc Ci otworzyć ją szerzej, jeśli to możliwe. [pauza]
<i>E4C Ból po BMO</i>	Czy odczuwałeś ból, kiedy próbowałem otworzyć ci usta szerzej za pomocą palców?

CONSTRUCT	Komenda głosowa
4D. PRZERWANE MAKSYMALNE OTWARCIE	
<i>E4D</i> <i>Otwarcie przerwane</i>	<brak>
E5. Boczne i do przodu ruchy 5A. PRAWY BOCZNY RUCH	
<i>Prawy boczny ruch</i>	Otwórz lekko usta i przesun żuchwę najdalej jak to możliwe w prawo, nawet jeśli to sprawia ból. Trzymaj żuchwę w tej pozycji, dopóki nie wykonam pomiaru.
<i>E5A</i> <i>Pomiar</i>	<brak>
<i>Powrót żuchwy</i>	
<i>E5A</i> <i>Ból po ruchu bocznym</i>	Czy odczuwałeś jakikolwiek ból podczas wykonywania tej czynności?
5B. LEWY BOCZNY RUCH	
<i>Lewy boczny ruch</i>	Otwórz lekko usta i przesun żuchwę najdalej jak to możliwe w lewo, nawet jeśli to sprawia ból. Trzymaj żuchwę w tej pozycji, dopóki nie wykonam pomiaru.
<i>E5B</i> <i>Pomiar</i>	<brak>
<i>Powrót żuchwy</i>	
<i>E5B</i> <i>Ból po ruchu bocznym</i>	Czy odczuwałeś jakikolwiek ból podczas wykonywania tej czynności?
5C. RUCH DOPRZEDNI	
<i>Ruch doprzadni</i>	Otwórz lekko usta i wysun żuchwę do przodu tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli to sprawia ból. Trzymaj żuchwę w tej pozycji, dopóki nie wykonam pomiaru.
<i>E5C</i> <i>Pomiar</i>	<brak>
<i>Powrót żuchwy</i>	
<i>E5C</i> <i>Ból po ruchu doprzednim</i>	Czy odczuwałeś jakikolwiek ból podczas wykonywania tej czynności?

CONSTRUCT	Komenda głosowa
E6. Dźwięki ze stawu skroniowo-żuchwowego podczas otwierania i zamykania	
<i>Ustawienie ręki do badania palpacyjnego stawów skroniowo-żuchwowych</i>	<brak>
<i>Instrukcja odnosząca się do dźwięków ze stawu skroniowo-żuchwowego</i>	<p>Teraz zbadam stawy skroniowo-żuchwowe pod kątem tego, czy wydają jakieś dźwięki. Chciałbym, abyś Ty również zwrócił na to uwagę, ponieważ po zakończeniu badania zapytam cię, czy słyszałeś lub wyczuwałeś jakieś odgłosy.</p> <p>[Skup się na obu stawach.]</p>
<i>Pełne zamknięcie</i>	Zetknij ze sobą tylne zęby całkowicie.
<i>Ocena występowania dźwięków stawowych przy zamykaniu i otwieraniu</i>	<p>Powoli otwórz usta tak szeroko, jak tylko potrafisz, nawet jeśli to sprawia ból, a następnie powoli zamknij, aż tylne zęby znów się całkowicie zetkną.</p> <p>Powtórz to samo jeszcze 2 razy.</p>
<i>Odpowiedź pacjenta w odniesieniu do dźwięków stawowych</i>	<p>Czy słyszałeś lub odczuwałeś jakikolwiek odgłos w stawie skroniowo-żuchwowym podczas otwierania lub zamykania ust?</p> <p>JEŚLI „TAK”:</p> <p>Jaki rodzaj dźwięku?</p>
<i>Wywiad bólowy</i>	<p>JEŻELI PACJENT ZGŁASZA „PRZESKAKIWANIE” W STAWIE:</p> <p>Czy odczuwałeś jakikolwiek ból podczas „przeskakiwania” w stawie?</p>
E7. Dźwięki ze stawu skroniowo-żuchwowego podczas ruchów bocznych i doprzecznych	
<i>Ogólne</i>	<brak>
<i>Dźwięki stawowe : ruchy boczne i doprzeczne</i>	<p>[Poniższe procedury wykonaj dla zbadania prawego stawu skroniowo-żuchwowego, potem lewego. Poinformuj pacjenta, na którym ze stawów powinien się skupić.]</p> <p>Zetknij ze sobą tylne zęby całkowicie, otwórz lekko usta i przesun żuchwę w prawo tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli to sprawia ból; ułóż żuchwę z powrotem w zwykłej pozycji i ponownie złącz tylne zęby. Powtórz czynność jeszcze 2 razy.</p> <p>Zetknij ze sobą tylne zęby całkowicie, otwórz lekko usta i przesun żuchwę w lewo tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli to sprawia ból; ułóż żuchwę z powrotem w zwykłej pozycji i ponownie złącz tylne zęby. Powtórz czynność jeszcze 2 razy.</p> <p>Zetknij ze sobą tylne zęby całkowicie, otwórz lekko usta i wysun żuchwę do przodu tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli to sprawia ból; ułóż żuchwę z powrotem w zwykłej pozycji i ponownie złącz tylne zęby. Powtórz czynność jeszcze 2 razy.</p>
<i>Odpowiedź pacjenta w odniesieniu do dźwięków stawowych</i>	<p>Czy słyszałeś lub odczuwałeś jakieś odgłosy w prawym / lewym stawie, gdy przesuwales żuchwę do przodu lub na bok?</p> <p>Jaki to był rodzaj hałasu?</p>

CONSTRUCT	Komenda głosowa
<i>Wywiad bólowy</i>	JEŻELI PACJENT ZGŁASZA „PRZESKAKIWANIE” W STAWIE: Czy odczuwałeś jakikolwiek ból podczas „przeskakiwania” w stawie?
E8. Blokada szczęk	
<i>Niemожność dalszego otwarcia szczęk</i>	Czy możesz „odblokować” / rozluźnić żuchwę?
<i>Niemожność zamknięcia szczęk</i>	Czy możesz „odblokować” / rozluźnić żuchwę?
E9. Ból przy palpacji mięśni oraz stawu skroniowo-żuchwowego	
<i>Wprowadzenie</i>	<p>Teraz zamierzam naciskać palcami w różnych miejscach Twoją głowę, twarz oraz szczęki. Zapytam Cię, czy odczuwasz ból, czy odczuwasz taki rodzaj bólu, który już odczuwałeś kiedyś wcześniej, a także znany Ci wcześniej ból głowy.</p> <p>Ponadto zapytam, czy odczuwasz ból tylko pod moim palcem, czy też czujesz go także gdzieś indziej niż pod moim palcem.</p> <p>Będę używał określeń: „ból”, „znajomy ból”, „znajomy ból głowy” i „tylko pod moim palcem?”.</p> <p>[Zamiast: „tylko pod moim palcem”? egzaminator może zapytać: „gdzieś indziej?”]</p> <p>Za każdym razem będę naciskał oraz przytrzymał palec przez 5 sekund.</p>
<i>Kalibracja</i>	<brak>
<i>Mięsień skroniowy i żwacz</i>	<brak>
<i>Kalibracja</i>	<brak>
<i>SSŻ: część boczna</i>	Otwórz lekko usta i wysuń żuchwę, a następnie wróć do normalnej pozycji, z lekko rozchylonymi zębami.
<i>Kalibracja</i>	<brak>
<i>SSŻ: okolica części bocznej</i>	Otwórz lekko usta, wysuń nieco żuchwę i pozostań w tym ustawieniu.
E10. Dodatkowe obszary palpacji	
<i>Kalibracja</i>	<brak>
<i>Okolica zażuchwowa</i>	Rozluźnij żuchwę.
<i>Okolica podżuchwowa</i>	Rozluźnij żuchwę.
<i>Okolica skrzydłowa boczna</i>	Otwórz lekko usta i przesun żuchwę na bok.
<i>Ściągnij mięsień skroniowego</i>	Otwórz usta.

CONSTRUCT	Komenda głosowa
E11. Komentarze badającego	
<i>Komentarze badającego</i>	<brak>
KONIEC BADANIA DC/TMD	

This document was extracted from:

Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol, Version: June 2, 2013.

NOTE: The parent document is maintained and accessible at www.rdc-tmdinternational.org.

Formularz badania klinicznego (FDI; English)

DC/TMD Examination Form

Date filled out (mm-dd-yyyy)

	-		-		
--	---	--	---	--	--

Patient _____ Examiner _____

1a. Location of Pain: Last 30 days (Select all that apply)

RIGHT PAIN

- None
 Temporalis
 Other m muscles
 Non-mast structures
 Masseter
 TMJ

LEFT PAIN

- None
 Temporalis
 Other m muscles
 Non-mast structures
 Masseter
 TMJ

1b. Location of Headache: Last 30 days (Select all that apply)

- None
 Temporal
 Other
 None
 Temporal
 Other

2. Incisal Relationships Reference tooth FDI #11 FDI #21 Other

Horizontal Incisal Overjet If negative mm
 Vertical Incisal Overlap If negative mm
 Midline Deviation
 Right Left N/A mm

3. Opening Pattern (Supplemental; Select all that apply)

- Straight
 Corrected deviation
 Uncorrected Deviation
 Right Left

4. Opening Movements

A. Pain Free Opening

 mm

RIGHT SIDE

Pain Familiar Pain Familiar Headache

LEFT SIDE

Pain Familiar Pain Familiar Headache

B. Maximum Unassisted Opening

 mm

Temporalis	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Temporalis	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Masseter	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Masseter	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
TMJ	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	TMJ	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Other M Musc	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Other M Musc	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)

C. Maximum Assisted Opening

 mm

Temporalis	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Temporalis	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Masseter	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Masseter	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
TMJ	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	TMJ	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Other M Musc	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Other M Musc	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)

D. Terminated? (N) (Y)

5. Lateral and Protrusive Movements

A. Right Lateral

 mm

RIGHT SIDE

Pain Familiar Pain Familiar Headache

LEFT SIDE

Pain Familiar Pain Familiar Headache

Temporalis	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Temporalis	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Masseter	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Masseter	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
TMJ	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	TMJ	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Other M Musc	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Other M Musc	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)

B. Left Lateral

 mm

Temporalis	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Temporalis	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Masseter	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Masseter	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
TMJ	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	TMJ	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Other M Musc	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Other M Musc	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)

C. Protrusion

 mm

Temporalis	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Temporalis	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Masseter	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Masseter	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
TMJ	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	TMJ	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Other M Musc	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Other M Musc	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)

If negative

6. TMJ Noises During Open & Close Movements

RIGHT TMJ					
	Examiner		Patient	Pain w/ Click	Familiar Pain
	Open	Close			
Click	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Crepitus	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y

LEFT TMJ					
	Examiner		Patient	Pain w/ Click	Familiar Pain
	Open	Close			
Click	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Crepitus	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y

7. TMJ Noises During Lateral & Protrusive Movements

RIGHT TMJ				
	Examiner	Patient	Pain w/ Click	Familiar Pain
Click	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Crepitus	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		

LEFT TMJ				
	Examiner	Patient	Pain w/ Click	Familiar Pain
Click	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Crepitus	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		

8. Joint Locking

RIGHT TMJ				
	Locking	Reduction		Familiar Pain
		Patient	Examiner	
While Opening	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Wide Open Position	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y

LEFT TMJ				
	Locking	Reduction		Familiar Pain
		Patient	Examiner	
While Opening	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Wide Open Position	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y

9. Muscle & TMJ Pain with Palpation

RIGHT SIDE				
(1 kg)	Pain	Familiar	Familiar	Referred
		Pain	Headache	Pain
Temporalis (posterior)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Temporalis (middle)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Temporalis (anterior)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Masseter (origin)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Masseter (body)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Masseter (insertion)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
TMJ			Familiar	Referred
	Pain	Pain	Pain	Pain
Lateral pole (0.5 kg)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Around lateral pole (1 kg)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y

LEFT SIDE				
(1 kg)	Pain	Familiar	Familiar	Referred
		Pain	Headache	Pain
Temporalis (posterior)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Temporalis (middle)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Temporalis (anterior)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Masseter (origin)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Masseter (body)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Masseter (insertion)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
TMJ			Familiar	Referred
	Pain	Pain	Pain	Pain
Lateral pole (0.5 kg)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Around lateral pole (1 kg)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y

10. Supplemental Muscle Pain with Palpation

RIGHT SIDE			
(0.5 kg)	Pain	Familiar	Referred
		Pain	Pain
Posterior mandibular region	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Submandibular region	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Lateral pterygoid area	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Temporalis tendon	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y

LEFT SIDE			
(0.5 kg)	Pain	Familiar	Referred
		Pain	Pain
Posterior mandibular region	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Submandibular region	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Lateral pterygoid area	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Temporalis tendon	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y

11. Comments

Diagnosis

Instrument	Source
<p>Diagnostic Decision Trees, as based on published criteria</p>	<p>The Decision Trees were created for the Consortium website and community, and reside in the public domain. Their scientific linkage, however, is to the following:</p> <p>Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group**</p> <p>Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, List T, Svensson P, Gonzalez Y, Lobbezoo F, Michelotti A, Brooks S, Ceusters W, Drangsholt M, Ettlin D, Gaul C, Goldberg LJ, Haythornthwaite J, Hollender L, Jensen R, John MT, deLaat A, deLeeuw R, Maixner W, van der Meulen M, Murray GM, Nixdorf DR, Palla S, Petersson A, Pionchon P, Smith B, Visscher C, Zakrzewska J, and Dworkin SF (2014). <i>Journal of Oral & Facial Pain and Headache</i> 28:6-27.</p> <p>Figure Version: January 24, 2014</p>
<p>Diagnostic Criteria Table, as based on published criteria</p>	<p>The Diagnostic Criteria Table was created for the Consortium website and community, and reside in the public domain. Their scientific linkage, however, is to the following:</p> <p>Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group**</p> <p>Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, List T, Svensson P, Gonzalez Y, Lobbezoo F, Michelotti A, Brooks S, Ceusters W, Drangsholt M, Ettlin D, Gaul C, Goldberg LJ, Haythornthwaite J, Hollender L, Jensen R, John MT, deLaat A, deLeeuw R, Maixner W, van der Meulen M, Murray GM, Nixdorf DR, Palla S, Petersson A, Pionchon P, Smith B, Visscher C, Zakrzewska J, and Dworkin SF (2014). <i>Journal of Oral & Facial Pain and Headache</i> 28:6-27.</p> <p>Table Version: October 23, 2015</p>

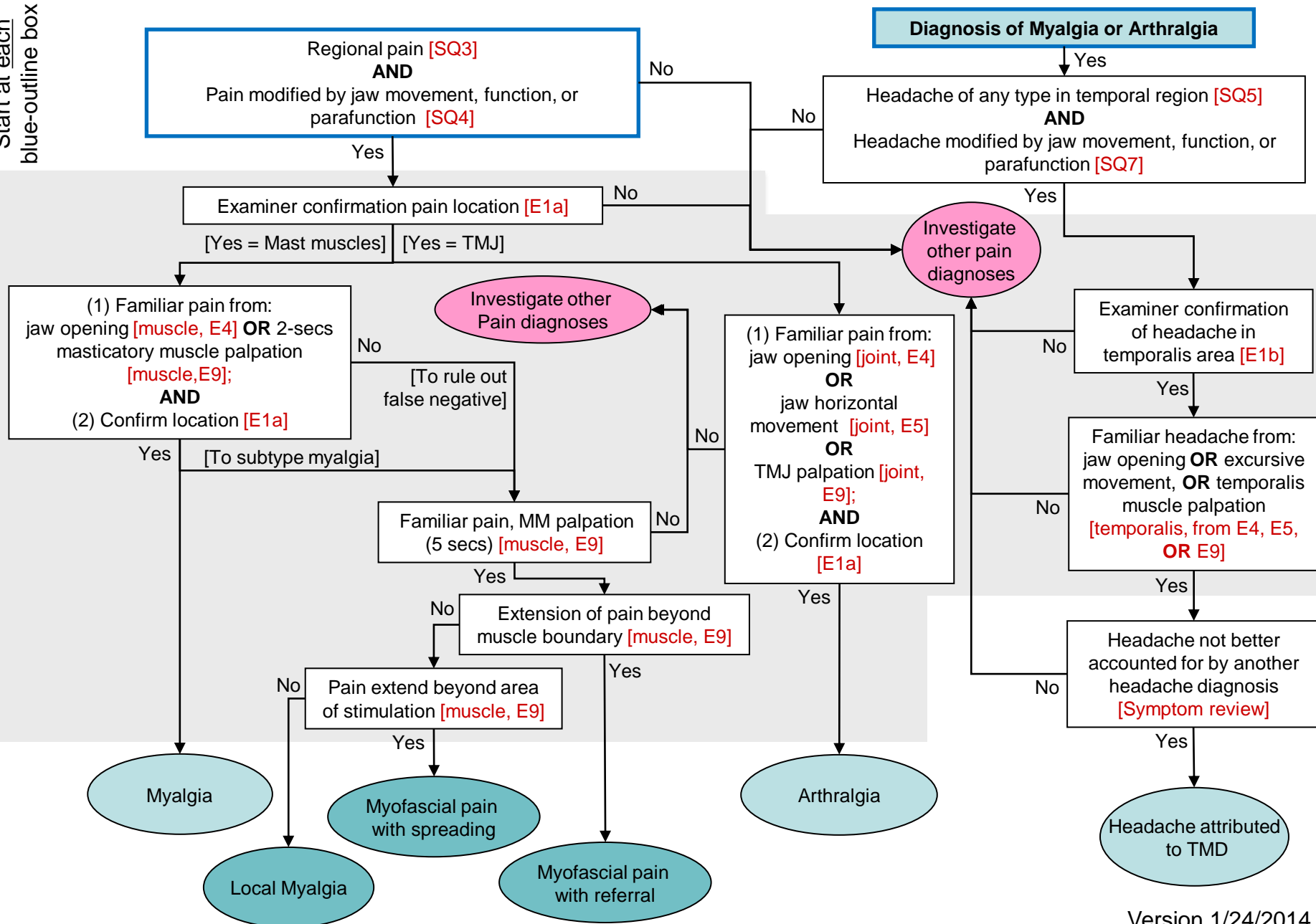
Drzewo decyzyjne (English)

Pain-Related TMD and Headache

HISTORY
Start at each
blue-outline box

EXAMINATION

DIAGNOSIS



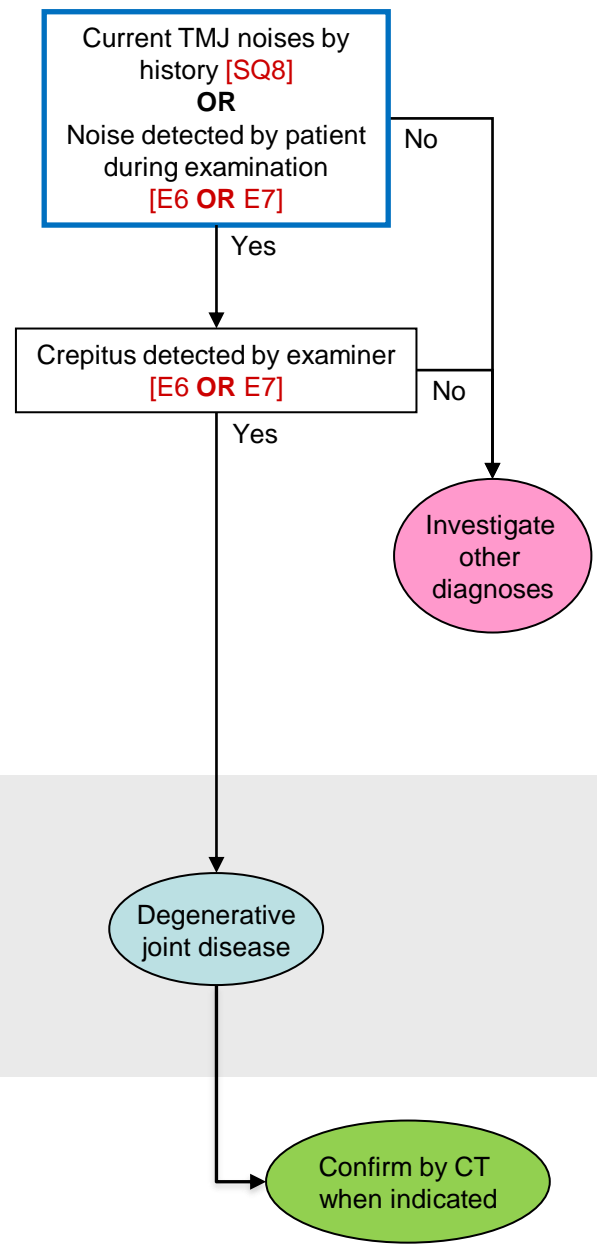
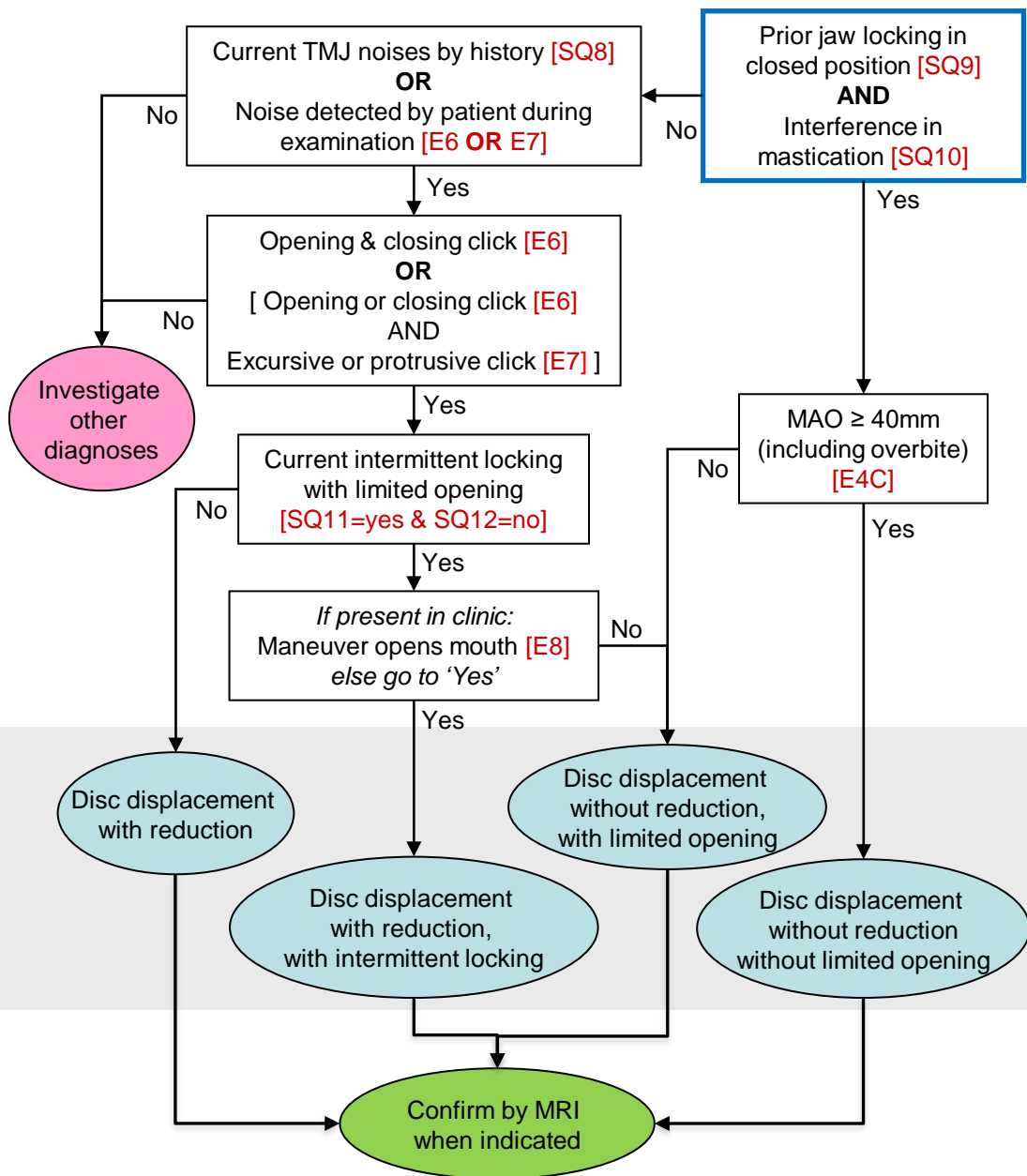
Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): Diagnostic Decision Tree

Intra-articular Joint Disorders

Degenerative Joint Disorder

HISTORY & EXAMINATION

Start at each blue box



CLINICAL DIAGNOSIS

IMAGING

Tabela kryteriów diagnostycznych (English)

Diagnostic Criteria for the Most Common Temporomandibular Disorders: Symptom Questionnaire and Clinical Examination Items

All listed criteria in History (DC/TMD Symptom Questionnaire) and Examination (DC/TMD Examination Form) are required for the specific Diagnosis unless otherwise stated; each criterion is positive unless otherwise specified. Exact time period for time-relevant History or Examination items is not specified below since that is a function of how the items are constructed to suit a given purpose; the logic does not change according to time period. The time period as assessed by history items for disc displacement without reduction vs with reduction is relative.

Source: Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, List T, Svensson P, Gonzalez Y, Lobbezoo F, Michelotti A, Brooks S, Ceusters W, Drangsholt M, Ettl D, Gaul C, Goldberg LJ, Haythornthwaite J, Hollender L, Jensen R, John MT, deLaat A, deLeeuw R, Maixner W, van der Meulen M, Murray GM, Nixdorf DR, Palla S, Petersson A, Pionchon P, Smith B, Visscher C, Zakrzewska J, and Dworkin SF (2014). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache* 28:6-27.

Version 10/23/2015

Disorder	History		Examination	
	Criteria	SQ	Criteria	Examination Form
Pain Disorders				
Myalgia (ICD-9 729.1) • Sens 0.90 • Spec 0.99	Pain in a masticatory structure	SQ3	Confirmation of pain in masticatory muscle(s)	E1a
	Pain modified by jaw movement, function, or parafunction	SQ4	Familiar pain in masticatory muscle(s) with either muscle palpation or maximum opening	E4b, E4c, or E9: familiar pain in temporalis or masseter, or in other masticatory muscles if also relevant; or E10: familiar pain in supplemental muscles, if E10 included
Myalgia Subtypes				
<u>Local Myalgia</u> (ICD-9 729.1) Sens and Spec not established	[same as for Myalgia]	[SQ3 & SQ4]	Confirmation of pain in masticatory muscle(s)	E1a
			Familiar pain with muscle palpation	E9: familiar pain in masseter or temporalis; or E10: familiar pain in supplemental muscles, if E10 included
			Pain remains local to the area of stimulation	E9: negative referred and spreading pain; and E10: negative referred and spreading pain, if E10 included
<u>Myofascial Pain</u> (ICD-9 729.1) Sens and Spec not established	[same as for Myalgia]	[SQ3 & SQ4]	Confirmation of pain in masticatory muscle(s)	E1a
			Familiar pain with muscle palpation	E9: familiar pain in masseter or temporalis; or E10: familiar pain in supplemental muscles, if E10 included
			Spreading (but not referred) pain with muscle palpation	E9: spreading pain; or E10: spreading pain, if E10 included; AND E9: negative referred pain; and E10: negative referred pain, if E10 included

<i>Disorder</i>	<i>History</i>		<i>Examination</i>	
	<i>Criteria</i>	<i>SQ</i>	<i>Criteria</i>	<i>Examination Form</i>
<u>Myofascial Pain with Referral</u> (ICD-9 729.1) <ul style="list-style-type: none"> • Sens 0.86 • Spec 0.98 	[same as for Myalgia]	[SQ3 & SQ4]	Confirmation of pain in masticatory muscle(s)	E1a
			Familiar pain with muscle palpation	E9: familiar pain in masseter or temporalis; or E10: familiar pain in supplemental muscles, if E10 included
			Referred pain with muscle palpation	E9: positive referred pain; or E10: positive referred pain, if E10 included
Arthralgia (ICD-9 524.62) <ul style="list-style-type: none"> • Sens 0.89 • Spec 0.98 	Pain in a masticatory structure	SQ3	Confirmation of pain in TMJ(s)	E1a
	Pain modified by jaw movement, function, or parafunction	SQ4	Familiar pain with TMJ palpation or range of motion	E4b, E4c, E5a-c, or E9: familiar pain in TMJ
Headache Attributed to TMD (ICD-9 339.89 [other specified headache syndrome], or ICD-9 784.0 [headache]) <ul style="list-style-type: none"> • Sens 0.89 • Spec 0.87 Note that for a secondary headache diagnosis, a primary diagnosis of either myalgia or arthralgia is required.	Headache of any type in temporal region	SQ5	Confirmation of headache in temporalis muscle	E1b
	Headache affected by jaw movement, function, or parafunction	SQ7	Report of familiar headache in temporalis area from either: a. Palpation of the temporalis muscle or b. Range of motion of jaw	E4b, E4c, E5a-c, or E9: familiar headache pain in the temporalis muscle

	History		Examination	
<i>Disorder</i>	<i>Criteria</i>	<i>SQ</i>	<i>Criteria</i>	<i>Examination Form</i>
Joint Disorders				
Disc Displacement with Reduction (ICD-9 524.63) • Sens 0.34 • Spec 0.92	Current TMJ noises by history, OR	SQ8	Click(s) with opening <u>and</u> closing, OR	E6: (open & close) click, OR
	Patient reports noise during the examination	E6 or E7: noise reported by patient	Both (a) click with opening or closing, and (b) click with lateral or protrusive movements	E6: (open or close) click, and E7: click
Disc Displacement with Reduction, with Intermittent Locking (ICD-9 524.63) • Sens 0.38 • Spec 0.98	[same as disc displacement with reduction]	[same as DD with red]	[same as disc displacement with reduction]	[same as DD with red]
	Current intermittent locking with limited opening	SQ11=yes SQ12=no	When disorder present in clinic: maneuver required to open mouth	E8 (optional)
Disc Displacement without Reduction, with Limited Opening (ICD-9 524.63) • Sens 0.80 • Spec 0.97	Current* TMJ lock with limited opening	SQ9	Passive stretch (maximum assisted opening) < 40mm	E4c < 40mm including vertical incisal overlap
	Limitation severe enough to interfere with ability to eat	SQ10		
Disc Displacement without Reduction, without Limited Opening (ICD-9 524.63) • Sens 0.54 • Spec 0.79	Prior* TMJ lock with limited opening	SQ9	Passive stretch (maximum assisted opening) ≥ 40mm	E4c ≥ 40mm including vertical incisal overlap
	Limitation severe enough to interfere with ability to eat	SQ10		
Degenerative Joint Disease (ICD-9 715.18) • Sens 0.55 • Spec 0.61	Current TMJ noises by history, OR	SQ8	Crepitus during jaw movement	E6 or E7: crepitus detected by examiner
	Patient reports noise during the examination	E6 or E7: noise reported by patient		
Subluxation (ICD-9 830.0) • Sens 0.98 • Spec 1.00	TMJ locking or catching in wide open jaw position	SQ13	When disorder present in clinic: maneuver required to close mouth	E8 (optional)
	Unable to close mouth without specific maneuver	SQ14		

* “Current” and “Prior” (as based on S9) for distinguishing, respectively, the “with limitation” vs “without limitation” variants of Disc Displacement without Reduction are interpreted based on change over time as determined by history and as confirmed by the clinical examination for jaw range of motion.

Changes to this document

Oct 23, 2015

- Incorrect sensitivity and specificity values were present for some disorders; this error was identified by an observant translation team leader, and the error is assumed to have emerged during preparation of the table prior to computation of final sensitivity and specificity estimates for the published DC/TMD.

May 25, 2014

- Added “**OR**” to “Current TMJ noises by history” for each of Disc Displacement with Reduction and Degenerative Joint Disease, as per published DC/TMD.
- Added diagnostic criterion note to Headache Secondary to TMD, with regard to necessity of either a myalgia or arthralgia diagnosis in order to have a secondary headache.
- Corrected minor punctuation discrepancies.

April 29, 2014

- Corrected name of disorder “myofascial pain”; was incorrectly stated as “myofascial pain with spreading”.

Axis II Assessment

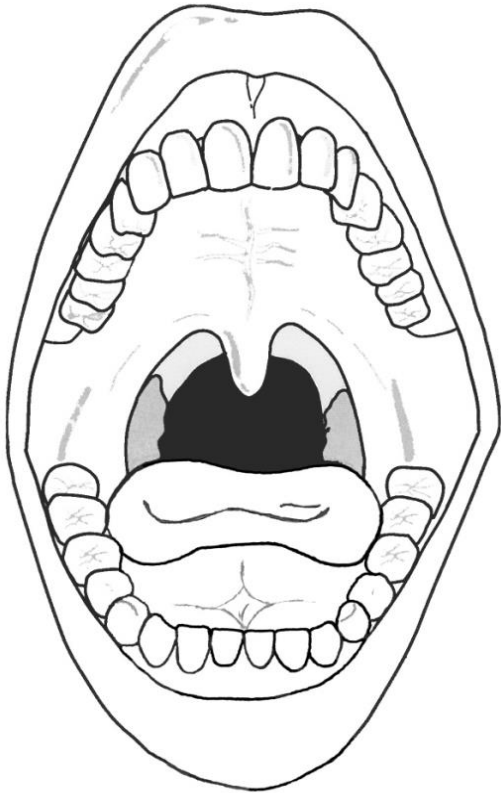
Standard Usage		Instrument	Source
Screening	Complete		
0	0	Pain Drawing	Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013
0	0	Graded Chronic Pain Scale Version 2.0	Von Korff M. Assessment of chronic pain in epidemiological and health services research: empirical bases and new directions. In: Turk DC, Melzack R, editors. <i>Handbook of Pain Assessment</i> , Third Edition. New York: Guilford Press. 2011. pp 455 – 473. Form Version: May 12, 2013
0		Jaw Functional Limitations Scale - 8-item	Ohrbach R, Larsson P, and List T. The Jaw Functional Limitation Scale: Development, reliability, and validity of 8-item and 20-item versions. <i>J.Orfacial Pain</i> 22:219-230, 2008. Form Version: May 12, 2013
	0	Jaw Functional Limitations Scale - 20-item	Ohrbach R, Larsson P, and List T. The Jaw Functional Limitation Scale: Development, reliability, and validity of 8-item and 20-item versions. <i>J.Orfacial Pain</i> 22:219-230, 2008. Form Version: May 12, 2013
0		PHQ-4	Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, and Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. <i>Psychosomatics</i> 50 (6):613-621, 2009. A text-revision of this instrument is posted at http://www.phqscreeners.com/ and incorporated into the final instrument for the Consortium. Form Version: May 12, 2013

Standard Usage		Instrument	Source
Screening	Complete		
	D	PHQ-9	<p>Kroenke K, Spitzer RL, and Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. <i>Journal of General Internal Medicine</i> 16 (9):606-613, 2001.</p> <p>A text-revision of this instrument is posted at http://www.phqscreeners.com/ and incorporated into the final instrument for the Consortium.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>
	D	GAD-7	<p>Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, and Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. <i>Arch.Intern.Med.</i> 166 (10):1092-1097, 2006.</p> <p>A text-revision of this instrument is posted at http://www.phqscreeners.com/ and incorporated into the final instrument for the Consortium.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>
	D	PHQ-15	<p>Kroenke K, Spitzer RL, and Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. <i>Psychosom.Med.</i> 64 (2):258-266, 2002.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>
D	D	Oral Behaviors Checklist	<p>Ohrbach R, Markiewicz MR, and McCall WD Jr. Waking-state oral parafunctional behaviors: specificity and validity as assessed by electromyography. <i>European Journal of Oral Sciences</i> 116:438-444, 2008.</p> <p>Ohrbach R et al. Oral Behaviors Checklist: Development and validation. Forthcoming.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>

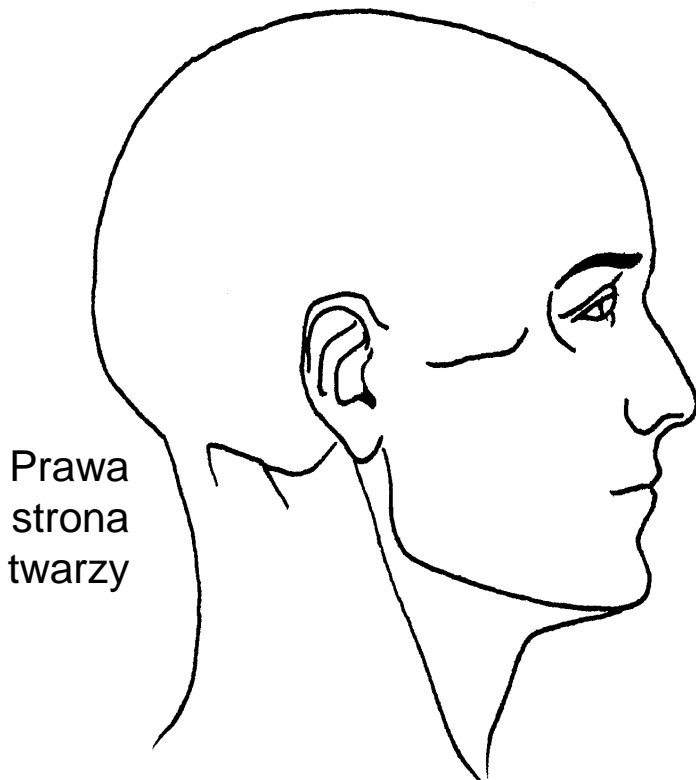
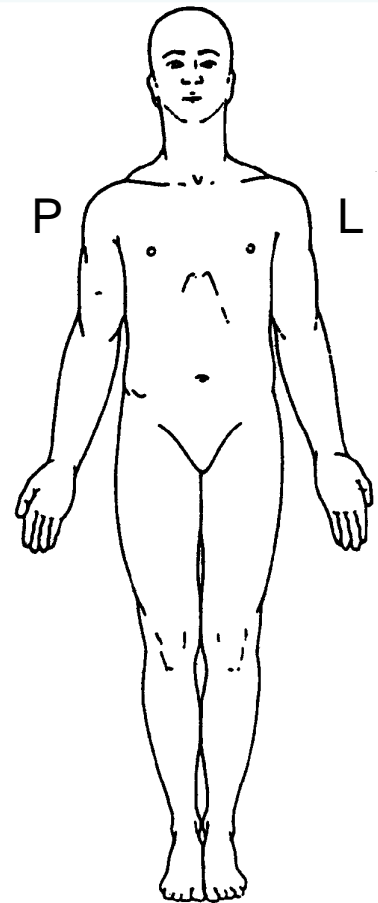
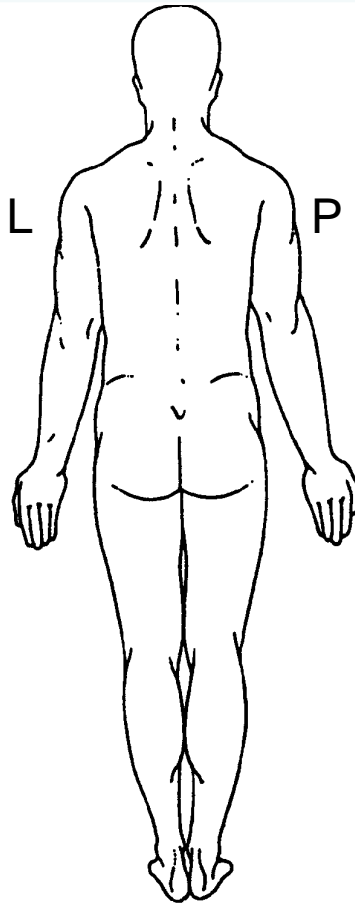
Schemat bólu

SCHEMAT BÓLU

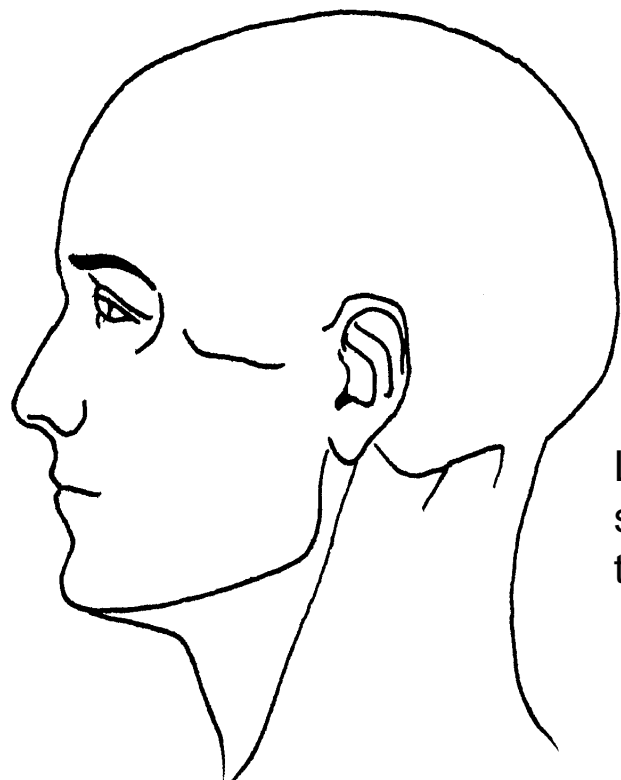
Wskaż WSZYSTKIE miejsca, w których odczuwasz ból, zacieniając miejsca na odpowiednich diagramach. Jeśli potrafisz dokładnie określić miejsce występowania bólu, zaznacz je kropką (●). Jeżeli ból przenosi się z miejsca na miejsce, użyj strzałek, aby pokazać przebieg tych zmian.



Jama ustna i zęby



Prawa strona twarzy



Lewa strona twarzy

Skala bólu przewlekłego (wersja 2)

Skala bólu przewlekłego

1. Ile razy w ciągu **ostatnich 6 miesięcy** odczuwał Pan/Pani ból twarzy? _____ Dni

2. Jak ocenia Pan/Pani swój ból twarzy **TERAZ?** Proszę użyć skali od 0 do 10, przy czym 0 oznacza „brak bólu” a 10 „ból nie do wytrzymania”

Brak bólu Ból nie do wytrzymania

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Jak ocenia Pan/Pani **NAJSILNIEJSZY** ból twarzy, odczuwany w ciągu ostatnich 30 dni? Proszę użyć tej samej skali (0 oznacza „brak bólu”, a 10 „ból nie do wytrzymania”)

Brak bólu Ból nie do wytrzymania

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Jak ocenia Pan/Pani **ŚREDNIE** natężenie bólu twarzy, odczuwanego w ciągu ostatnich 30 dni? Proszę użyć tej samej skali (0 oznacza „brak bólu”, a 10 „ból nie do wytrzymania”).
[natężenie bólu odczuwanego zazwyczaj w momencie pojawienia się bólu]

Brak bólu Ból nie do wytrzymania

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. W ciągu OSTATNICH 30 DNI – przez ile dni ból twarzy uniemożliwił Panu/Pani wykonywanie **CODZIENNYCH CZYNNOŚCI**, takich jak praca, nauka szkolna, prace domowe? _____ Dni

6. W ciągu OSTATNICH 30 DNI – jak bardzo ból twarzy zaburzał Pani/Pana **CODZIENNE CZYNNOŚCI**? Proszę użyć skali 0-10, przy czym 0 oznacza „nie zaburzał”, a 10 „nie można wykonywać żadnych czynności”.

Nie zaburzał Nie można wykonywać żadnych czynności

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. W ciągu OSTATNICH 30 DNI – jak bardzo ból twarzy zaburzał Pani/Pana **WYPOCZYNEK, ŻYCIE TOWARZYSKIE LUB RODZINNE?** Użyj tej samej skali 0-10 (0 oznacza „nie zaburzał”, a 10 „nie można wykonywać żadnych czynności”).

Nie zaburzał Nie można wykonywać żadnych czynności

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. W ciągu ostatnich 30 dni – jak bardzo ból twarzy zaburzał Pani/Pana **ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA PRACY**, w tym także prac domowych? Użyj tej samej skali 0-10 (0 oznacza „nie zaburzał”, a 10 „nie można wykonywać żadnych czynności”).

Nie zaburzał Nie można wykonywać żadnych czynności

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

JFLS-8

Jaw Functional Limitation Scale

Dla każdej z poniższych pozycji proszę wskazać poziom ograniczenia **w ciągu ostatniego miesiąca**. Jeżeli nie wykonywał Pan/Pani określonych działań, ponieważ były zbyt trudne, proszę zakreślić '10'. Jeśli unikał Pan/Pani działań z powodów innych niż ból lub stopień trudności, proszę pozostawić puste pole.

	Bez ograniczeń										Poważne ograniczenia	
1.	Żucie trudnej do pogryzienia żywności	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	Żucie kurczaka (np. przygotowanego w piekarniku)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Jedzenie miękkich potraw niewymagających żucia (np. tłuczone ziemniaki, mus jabłkowy, budyń, żywność w formie purée)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Otwieranie ust na tyle szeroko, aby pić z kubka	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Przełykanie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	Ziewanie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	Rozmowa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.	Uśmiech	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

JFLS-20

Jaw Functional Limitation Scale

Dla każdej z poniższych pozycji proszę wskazać poziom ograniczenia **w ciągu ostatniego miesiąca**. Jeżeli nie wykonywał Pan/Pani określonych działań, ponieważ były zbyt trudne, proszę zakreślić '10'. Jeśli unikał Pan/Pani działań z powodów innych niż ból lub stopień trudności, proszę pozostawić puste pole.

	Bez ograniczeń										Severe limitation
1. Żucie trudnej do pogryzienia żywności	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Żucie twardego chleba	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Żucie kurczaka (np. przygotowanego w piekarniku)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Żucie krakersów	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Żucie miękkich potraw (np. makarony, konserwy lub miękkie owoce, gotowane warzywa, ryby)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Jedzenie miękkich potraw niewymagających żucia (np. tłuczone ziemniaki, mus jabłkowy, budyń, żywność w formie purée)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Otwieranie ust na tyle szeroko, aby ugryźć całe jabłko	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Otwieranie ust na tyle szeroko, aby ugryźć kanapkę	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Otwieranie ust na tyle szeroko, aby rozmawiać	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Otwieranie ust na tyle szeroko, aby pić z kubka	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Przełykanie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Ziewanie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Rozmowa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Śpiewanie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Radosny wyraz twarzy	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Gniewny wyraz twarzy	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Marszczenie brwi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Pocałunek	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Uśmiech	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Śmiech	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

PHQ-4

Kwestionariusz dotyczący zdrowia pacjenta – 4

W ciągu ostatnich 2 tygodni – jak często występowały następujące dolegliwości?
 Proszę umieścić znacznik wyboru w odpowiednim polu

	Nigdy 0	Przez kilka dni 1	Przez więcej niż połowę dni 2	Prawie codziennie 3
1. Uczucie zdenerwowania, strachu, lub znajdowania się na krawędzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Brak zdolności do zaprzestania, lub kontroli zamartwiania się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Małe zainteresowanie bądź mała przyjemność podczas wykonywania czynności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Złe samopoczucie, przygnębienie bądź poczucie beznadziei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WYNIK KOŃCOWY =

Jeżeli zaznaczyłeś <u>choć jedno</u> z powyższych pól – jak bardzo wskazane problemy utrudniały Panu/Pani pracę, wykonywanie obowiązków domowych bądź kontakty międzyludzkie?			
Nie utrudniały wcale	Nieco utrudniały	Bardzo utrudniały	Ekstremalnie utrudniały
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHQ-9

Kwestionariusz dotyczący zdrowia pacjenta – 9

W ciągu ostatnich 2 tygodni – jak często występowały następujące dolegliwości?
 Proszę umieścić znacznik wyboru w odpowiednim polu

	Nigdy 0	Przez kilka dni 1	Przez więcej niż połowę dni 2	Prawie codziennie 3
1. Małe zainteresowanie bądź mała przyjemność podczas wykonywania czynności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Złe samopoczucie, przygnębienie bądź poczucie beznadziei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kłopoty z zasypianiem bądź zbyt długi sen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Uczucie zmęczenia lub brak energii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Brak apetytu lub przejadanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Poczucie niskiej samooceny – albo uczucie porażki lub uczucie zawodu wobec siebie bądź rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Problemy z koncentracją się na rzeczach takich, jak czytanie gazety lub oglądanie telewizji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Powolne poruszanie się bądź mówienie, w stopniu zauważalnym dla otoczenia? Albo przeciwnie – nadmierna pobudliwość i nerwowość, o wiele większa niż zwykle, niepozwalająca usiedzieć na miejscu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Myślenie o śmierci jako o rozwiązaniu problemów albo myślenie na temat różnych sposobów samookaleczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WYNIK KOŃCOWY =

Jeżeli zaznaczyłeś <u>choć jedno</u> z powyższych pól – jak bardzo wskazane problemy utrudniały Panu/Pani pracę, wykonywanie obowiązków domowych bądź kontakty międzyludzkie?			
Nie utrudniały wcale	Nieco utrudniały	Bardzo utrudniały	Ekstremalnie utrudniały
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GAD-7

GAD - 7

Jak często w ciągu ostatnich dwóch tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy? Proszę postawić znak w odpowiednim polu.

	Wcale	Przez kilka dni	Przez ponad połowę dni	Prawie codziennie
	0	1	2	3
1. Uczucie zdenerwowania, niepokój, skrajne napięcie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Niemożność całkowitego wyciszenia niepokoju lub zapanowania nad nim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zbytne martwienie się z różnych powodów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Trudności ze zrelaksowaniem się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Odczucie zaniepokojenia do tego stopnia, że trudno usiedzieć w miejscu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Skłonność do popadania w zdenerwowanie lub rozdrażnienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Obawa, że wydarzy się coś strasznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WYNIK KOŃCOWY=

Jeżeli wskazałeś któreś z powyższych problemów, na ile utrudniały ci one twoją pracę, życie rodzinne lub relacje z innymi osobami?			
W ogóle nie utrudniały	Nieco utrudniały	Bardzo utrudniały	Ekstremalnie utrudniały
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHQ-15

Kwestionariusz dotyczący zdrowia pacjenta – 15 : objawy fizyczne

W ciągu ostatnich 4 tygodni – jak bardzo uciążliwe były poniższe dolegliwości? Proszę umieścić znacznik wyboru na odpowiednim polu, aby wskazać odpowiedź.

	W żadnym stopniu	W niskim stopniu	W wysokim stopniu
	0	1	2
1. Ból brzucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bóle pleców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bóle ramion, nóg, lub stawów (kolana, biodra, itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bóle menstruacyjne lub inne problemy związane z miesiączką [tylko kobiety]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bóle głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bóle klatki piersiowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Zawroty głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Omdlenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Uczucie wzmożonego bicia serca lub kołatania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Duszności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ból lub problem podczas stosunku seksualnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Zaparcia, rozwolnienie lub biegunka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nudności, gazy lub niestrawność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Uczucie zmęczenia lub brak energii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Problemy ze snaniem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WYNIK KOŃCOWY =

Lista kontrolna parafunkcji

Parafunkcje

Jak często wykonywałaś każdą z poniższych czynności **w ciągu ostatniego miesiąca**? Jeśli częstotliwość aktywności była zmienna, wybierz wyższą opcję. Proszę zaznaczyć odpowiedzi (✓) w każdym polu i nie pomijać żadnej pozycji.

Czynności podczas snu		Ani razu	<1 noc / miesiąc	1-3 nocy/ miesiąc	1-3 nocy/ tydzień	4-7 nocy/ tydzień
1	Zaciskanie zębów lub zgrzytanie zębami podczas snu – na podstawie wszelkich informacji, jakie posiadasz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Spanie w pozycji, która powoduje nacisk na szczęki (na przykład na brzuchu, na boku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czynności w czasie czuwania		Ani razu	Rzadko	Czasami	Większość czasu	Cały czas
3	Zgrzytanie zębami w czasie czuwania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Zaciskanie zębów w czasie czuwania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Naciskanie, dotykanie lub trzymanie zębów razem, inaczej niż podczas jedzenia (kontakt pomiędzy górnymi i dolnymi zębami)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Napinanie mięśni, bez zaciskania zębów lub trzymania ich razem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Trzymanie szczęki wysuniętej do przodu lub na bok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Silne wciskanie języka w zęby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Wsuvanie języka między zęby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Gryzienie, żucie języka, policzka lub warg albo zabawa nimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Trzymanie żuchwy w sztywnej lub napiętej pozycji, tak jak przy podpieraniu lub ochronie szczęki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Trzymanie między zębami lub gryzienie takich rzeczy, jak kosmyk włosów, rurka, ołówek, długopis, palec, paznokiec itp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Żucie gumy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Granie na instrumentach muzycznych, które wymagają użycia ust lub żuchwy (na przykład instrumenty dęte drewniane lub blaszane, instrumenty strunowe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Opieranie żuchwy na dłoni, na przykład podpieranie się pod brodą podczas odpoczynku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Żucie żywności tylko po jednej stronie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Jedzenie między posiłkami (żywność, która wymaga żucia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Długotrwałe mówienie (na przykład uczenie, sprzedaż, obsługa klienta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Śpiewanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ziewanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Trzymanie telefonu między głową a ramieniem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>