

Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments (ARABIC)



Editor: Richard Ohrbach

Version: 20Jan2014

www.rdc-tmdinternational.org

Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders المعايير التشخيصية لاضطرابات المفصل الصدغي (DC TMD)

Arabic translation by

Dr. Mohammad H. Al-Harthy, BDS, MDS, PhD/Odont. Dr. (Team-leader) ¹
Dr. Hailah A. Al-Huraishi, BDS, MDS (co-team leader) ²
Dr. Qoot Alkhubaizi, BSc BChD MFDRCS Irel MS ABGD (developer, Pain Screener)³

¹ Umm Al-Qura University, Faculty of Dentistry, Makkah, Saudi Arabia

² East Specialist Dental Center, Ministry of Health, Riyadh, Saudi Arabia

³ University of Maryland- School of Dentistry, Maryland, USA

Collaborators

Dr. Ibrahim Ogli
Dr. Abdulllah AlQahtani
Dr. Najla Al-Huraishi
Dr. Hanan Latifah
Dr. Ashawaq Alruwitea
Ali Alharithy
Amira Alharithy
Dr. Ziad Barghash
Dr. Meshari Al-Otaibi
Dr. Mohammad Wahbi
Prof. Ahmed Abdel-Moety
Dr. Houmam AlKoussa

Dr. Dakhel AlSaedi
Dr. Saud Almojaly
Dr. Ahmed Yousri
Dr. Mai. Khalaf
Dr Habib Baker
Maiada Shaar
Lukman Badru
Dr. Mohammad Bin Nasser
Dr. Ahmed Abdel-Khalek
Dr. Mohammad Alsuwaidan
Dr. Awwad Al-Bishri

Accepted September 1, 2021 by the Consortium

Translation available at www.RDC-TMDinternational.org

CONTENTS

Overview	3
Printing Guidance	4
How to Cite This Document.....	5
Acknowledgments	7
Axis I Assessment	8
TMD Pain Screener	9
Symptom Questionnaire	11
.....	12
Demographics.....	14
Examination: Pain-related Interview and Examiner Commands	16
Clinical Examination Form (FDI; English)	23
Diagnosis	26
Decision Tree (English)	27
Diagnostic Criteria Table (English).....	30
Axis II Assessment	37
Pain Drawing.....	39
Graded Chronic Pain (version 2).....	41
JFLS-8.....	43
JFLS-20	45
PHQ-4	47
PHQ-9	49
GAD-7	51
PHQ-15	53
Oral Behaviors Checklist.....	55

Overview

This document contains the complete assessment tools for the DC/TMD. The full download package is comprised of three documents pertaining to the use of the DC/TMD:

- Ohrbach R (editor) (2016). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. (this document)
- 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.

All of these documents are available at www.rdc-tmdinternational.org. The standard source version of these documents is in English; translated versions of the assessment instruments are available in many languages. The remaining two documents are available primarily in the original English; indeed, we envision that the professional users of the DC/TMD will rely on the English language version documents for how to conduct the examination and how to score the self-report instruments.

The direct patient assessment tools rely critically on language use, either in written form for self-administration by the patient or in verbal form for use by the examiner in speaking to the patient. The tools in this document are primarily those that interface directly with the patient, yet their terminology is tied directly to the patient assessment procedures; these tools include the examination form, decision trees, and diagnostic criteria. The latter tools are also included in this document; for the translated versions of the DC/TMD, these latter tools are in either English or also in translated form.

Translations of the DC/TMD instruments were conducted according to INfORM standards; see Ohrbach R, Bjorner J, Jezewski MA, John MT, and Lobbezoo F (2013) Guidelines for Establishing Cultural Equivalency of Instruments; and Ohrbach R (2017) Translation and Adaptation of the DC/TMD Protocol, available at the same URL indicated above. Please refer to these documents for specific procedures and requirements that the translated instruments adhere to with regard to appropriate semantic and cultural validity compared to the source documents. Note that the Consortium views the assessment protocol and its instruments to be under continued development, and it also considers translated versions of those assessment instruments to be works in progress, with validation an ongoing process just as for the source instruments. Finally, the format of this document is also subject to revision; this is version 2017_09_29.

Disclaimer: The provision of these documents does not constitute endorsement for any empirical validity; that must be established separately and any such documentation will be made available on the Consortium website. For translated versions, full documentation of the translation process is available at the above URL as Translation Logs.

Any questions regarding this document should be directed towards the editor or, for translated versions, the translator, depending on whether the question concerns the source version in English or a translated version.

Printing Guidance

Users of this document may want to print selected pages containing forms of interest. The below table lists the pages associated with each of the identified forms or sections of forms. Intended usage is for the user to copy the page numbers for the sections of interest and paste that information into the 'select pages' field on the printer dialog box.

Section	Page(s)
Axis I: TMD Pain Screener	10
Axis I: All clinical forms	12, 13, 15, 36, 37
Axis I: Pain-related Interview and Examiner Commands	17-34
Axis I: Diagnostic trees and criteria tables	40, 41, 43-46
Axis II: Screening	50, 52, 54, 58, 66
Axis II: Comprehensive	50, 52, 56, 60, 62, 64, 66

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. [المعايير التشخيصية لاضطرابات المفصل الصدغي (DC/TMD): الترجمة العربية Version 25May2016] Al-Harthy M, Al-Huraishi H, Alkhubaizi Q, 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. [المعايير التشخيصية لاضطرابات المفصل الصدغي (DC/TMD): الترجمة العربية Version 25May2016] Al-Harthy M, Al-Huraishi H, Alkhubaizi Q, 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. [المعايير التشخيصية لاضطرابات المفصل الصدغي (DC/TMD): الترجمة العربية Version 25May2016] Al-Harthy M, Al-Huraishi H, Alkhubaizi Q, 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. [المعايير التشخيصية لاضطرابات المفصل الصدغي (DC/TMD): الترجمة العربية Version 25May2016] Al-Harthy M, Al-Huraishi H, Alkhubaizi Q, 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>.
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		
☐		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
	☐	DC/TMD Symptom Questionnaire	Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013
	☐	DC/TMD Demographics	Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013
	☐	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
	☐	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 Pain Screener

أداة فحص ألم اضطراب المفصل الصدغي

TMD-PAIN SCREENER

?

?

?

1. خلال الثلاثين يوماً الماضية ، الى متى استمر أي ألم في الفك أو في منطقة الصدغ في أي من الجانبين؟
- a. لا يوجد ألم
- b. الألم يأتي ويذهب
- c. الألم موجود باستمرار

2. خلال الثلاثين يوماً الماضية هل كان لديك ألم أو تصلب في الفك عند الاستيقاظ من النوم؟
- a. لا
- b. نعم

3. خلال الثلاثين يوماً الماضية هل عَيَّرت الأنشطة التالية أي ألم (أي جعلته أحسن أو أسوأ) في الفك أو في منطقة الصدغ في أي من الجانبين؟
- ?

A. مضغ طعام صلب أو صعب القطع

a. لا

b. نعم

B. فتح فمك أو تحريك الفك الى الأمام أو الى الجانب

a. لا

b. نعم

C. العادات المتعلقة بالفك مثل وضع أو قبض الأسنان معاً أو إطباق الأسنان أو طحن الأسنان أو مضغ العلك/اللبان

a. لا

b. نعم

D. أنشطة أخرى متعلقة بالفك مثل التكلم أو التقبيل أو التثاؤب

a. لا

b. نعم

Symptom Questionnaire

استبيان الأعراض - DC-TMD
DC-TMD Symptom Questionnaire

الاسم _____ التاريخ _____

الألم

1. هل شعرت من قبل بألم في الفك، الصدغ، داخل الأذن أو أمام الأذن على الجهتين؟

لا نعم

إذا أجبت ب (لا) انتقل إلى السؤال رقم (5)

2. كم عدد السنوات أو الأشهر التي مضت منذ شعورك بالألم في الفك، الصدغ، داخل الأذن أو أمام الأذن لأول مرة؟

سنوات _____ أشهر _____

3. خلال الثلاثين يوماً الماضية، أي مما يلي يصف حالة الألم لديك في الفك، الصدغ، داخل الأذن أو أمام الأذن على أي من الجهتين، وذلك بشكل أفضل؟

لم أشعر بالألم

ألم يأتي ويذهب

ألم موجود باستمرار

اختر إجابة واحدة فقط.

إذا أجبت ب (لا) للسؤال رقم (3) انتقل إلى السؤال رقم (5)

4. خلال الثلاثين يوماً الماضية، هل غيرت الأنشطة التالية أي ألم (بأن جعلت الألم يتحسن أو جعلته أسوأ) في الفك، الصدغ، أو في الأذن أو أمام الأذن لأي من الجهتين؟

لا نعم

A مضغ الطعام القاسي أو الصلب (صعب القطع مثل اللحم البقري).

B فتح فمك أو تحريك فكك للأمام أو للجانب.

C عادات الفك مثل قبض الأسنان مع بعضها (يعني ذلك بأن الفم غير مسترخٍ بينما أنت لا تضغط على أسنانك)، سحل/ صر الأسنان أو مضغ العلك/ اللبان.

D نشاطات أخرى للفك مثل: الكلام، التقبيل، أو التثاؤب.

الصداع

5. خلال الثلاثين يوماً الماضية، هل شعرت بأي صداع يشمل منطقة الصدغ من الرأس؟

لا نعم

إذا أجبت ب (لا) للسؤال رقم (5) انتقل إلى السؤال رقم (8)

6. كم عدد السنوات أو الأشهر التي مضت منذ شعورك بالصداع في منطقة الصدغ لأول مرة؟

سنوات _____ أشهر _____

7. خلال الثلاثين يوماً الماضية، هل غيرت الأنشطة التالية أي صداع في منطقة صدغك لأي من الجهتين (بأن جعلته أفضل أو جعلته أسوأ)؟

لا نعم

A مضغ الطعام القاسي أو الصلب (صعب القطع مثل اللحم البقري).

B فتح فمك أو تحريك فكك للأمام أو للجانب.

C حركات الفك الاعتيادية مثل إحكام الأسنان مع بعضها (يعني ذلك بأن الفم غير مسترخٍ بينما أنت لا تضغط على أسنانك)، سحل/ صر الأسنان أو مضغ العلك/ اللبان.

D نشاطات أخرى للفك مثل: الكلام، التقبيل، أو التثاؤب.

لاستخدام العيادة فقط			أصوات المفصل		
لا أعلم	يسار	يمين	نعم	لا	8. خلال الثلاثين يوما الماضية، هل سبق وأن صدر من مفصل الفك أي أصوات عندما حركت أو استخدمت الفك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
قفل الفك					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. هل حصل في أي وقت مضى أن كان فمك مقفلا أو مغلقا ولو للحظة بحيث كان من المستحيل فتحه بشكل كامل؟
إذا أجبت بـ (لا) للسؤال رقم (9) انتقل إلى السؤال رقم (13)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. هل حصل وأن كان فمك مغلقا أ، مقفلا بشدة لدرجة تحد من فتح فمك والتأثير في قدرتك على الأكل؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. خلال الثلاثين يوما الماضية، هل حصل أن كان فمك مقفلا أو مغلقا بحيث لم تتمكن من فتحه تماما، حتى ولو للحظة وبعدها انفتح حتى استطعت فتحه كاملا؟
إذا أجبت بـ (لا) للسؤال رقم (11) انتقل إلى السؤال رقم (13)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. هل فكك حاليا مقفل أو محدود عند الفتح فبالتالي لا تستطيع فتحه كاملا ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
قفل الفك المفتوح					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. خلال الثلاثين يوما الماضية، عندما فتحت فمك بشكل واسع، هل حجز فكك أو أقفل (علق) حتى ولو للحظة، بحيث لم تكن قادرا على إغلاقه من وضعية الفتح الواسع؟
إذا أجبت بـ (لا) على السؤال رقم (13) فقد انتهيت.					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. خلال الثلاثين يوما الماضية، عندما كان فكك محجوز أو مقبوض (مقفل) عند فتحك لفمك لدرجة كبيرة، هل قمت بعمل أي شيء يساعدك على الإغلاق؟ متضمنا ذلك الراحة، الحركة، الدفع أو مناورة الفك.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Demographics

الخصائص السكانية - الإصدار ٢

DC-TMD Demographics – Version 2.0

1. ماهي حالتك الاجتماعية الحالية؟

متزوج أعزب منفصل بدون طلاق مطلق أرمل

2. ما هو عرقك/ سلالتك

عربي أفريقي فارسي

آسيوي جنوب شرق آسيا أخرى، حدد ()

3. في أي دولة ولدت؟

4. في أي دولة ولد والدك؟

5a. في أي دولة ولدت والدتك؟

5b. ماهي اللغة التي كنت تتحدث بها في المنزل عندما كنت طفلاً؟

6a. ما هي اللغة التي تعتبرها بالنسبة لك لغة الأم أو اللغة الأولى؟

6b. هل تعتبر نفسك متقناً للغة العربية؟ نعم لا

7. ما هو مستواك التعليمي؟

أمي "لا تقرأ ولا نكتب" شهادة الثانوية
 شهادة الابتدائية خريج كلية/ جامعي
 شهادة المتوسطة الدراسات العليا

8. ما دخل أسرتك السنوي الحالي؟ يرجى أن تشمل جميع مصادر الدخل لجميع أفراد الأسرة
مثل : الأجور، الرواتب، الأستثمارات،... الخ

0-19.999 ريال سعودي 80.999 – 99.999 ريال سعودي
 20.000-39.999 ريال سعودي 10.000 – 149.999 ريال سعودي
 40.000-59.999 ريال سعودي 150.00 وأكثر ريال سعودي
 60.000- 79.999 ريال سعودي

Examination: Pain-related Interview and Examiner Commands

DC-TMD - أوامر الفحص المطلوبة

8.3 الأجزاء المطلوبة من القسم 6: أوامر الفاحص الكاملة

تنبيهات لهذا الجدول: يجب استخدام نص عريض تحت "الأوامر الشفوية" حرفيًا؛ قد تتطلب الإجراءات المرتبطة بالخلايا التي تحتوي على نص غامق لغة إضافية (عادية) لإكمال الإجراء. تشير الخلايا الفارغة تحت "الأوامر الشفوية" إلى أن اللغة العادية كافية لهذا الإجراء بأكمله؛ يستخدم النص غير الغامق أيضًا لتوضيح الاستخدام العادي للغة المقترن بإجراءات معينة. تشير الإجراءات مع <لا شيء> تحت "الأوامر الشفوية" إلى أنه لا يوجد أمر شفوي من الفاحص.

الموضوع	الأوامر الشفوية
E1. تأكيد الفاحص لأماكن الألم والصداع	
تحديد المعلومات	<لا شيء>
تعليمات للمريض	<p>قبل ان ابدأ الفحص، أود أن أراجع معك القليل من الأمور.</p> <p>سوف أسألك عن الألم وأنت وحدك من يعرف أن لديك ألم. عندما أسأل عن الألم أريدك ان تقول إما "نعم" أو "لا"، وإذا كنت غير متأكد، أعطني أفضل اجابة لديك.</p> <p>بعد ذلك، إذا أحسست بالألم، سوف أسألك إذا كان ذلك الألم مألوفًا. الألم المألوف يعني أنه ألم شعرت بمثله أو بما يشابهه في نفس المنطقة من جسمك خلال الثلاثين يوما الماضية.</p> <p>إذا شعرت بالألم في منطقة الصدغ، سأسأل ما إذا كان هذا الألم مثل أي صداع قد يكون لديك في منطقة الصدغ في آخر 30 يوما.</p>
نطاق الفحص: المناطق التشريحية ذات الاهتمام	لأغراض هذا الفحص أنا مهتم بالألم الذي لديك في هذه المناطق.... ... وايضا داخل الفم.
E1a موقع الألم: الثلاثين يومًا الأخيرة	<p>خلال الثلاثين يوما الماضية، هل عانيت من ألم في هذه المناطق [التي لمستها]؟</p> <p>إذا كانت الإجابة "نعم"</p> <p>هل يمكن أن تشير بأصبعك إلى كل المناطق التي أحسست فيها بالألم [خلال الثلاثين يوما الماضية]؟</p> <p>هل هناك أي مناطق أخرى أحسست فيها بالألم [خلال الثلاثين يوما الماضية]؟</p>
E1b موقع الصداع: خلال الثلاثين يومًا الأخيرة	<p>خلال الثلاثين يوما الماضية، هل أصبت بأي صداع؟</p> <p>إذا كانت الإجابة "نعم"</p> <p>هل يمكنك أن تشير بأصبعك إلى كل المناطق التي أحسست فيها بالصداع [خلال الثلاثين يوما الماضية]؟</p> <p>هل هناك أي مناطق أخرى أحسست فيها بالصداع [خلال الثلاثين يوما الماضية]؟</p>
E2. علاقات الأسنان القاطعة	

سأقوم بوضع بعض العلامات بقل الرصاص على أسنانك، وفي آخر الفحص سوف أقوم بإزالتها.	اختر سن علوي وسن سفلي كأسنان مرجعية للفحص
ضع أسنانك الخلفية على بعضها تماما.	الخط المرجعي- التداخل العامودي
[ضع اسنانك الخلفية على بعضها تماما.]	الخط المرجعي - خط أوسط الفك السفلي المرجعي
الموضوع	
الأوامر الشفوية	
[ضع اسنانك الخلفية على بعضها تماما.]	المسافة الأفقية الفاصلة بين القواطع
<اطلب من المريض ان يفتح فمه بشكل كافي لقياس التغطية العامودية.>	المسافة العامودية الفاصلة بين القواطع
E3. نمط فتح الفم [تكميلي]	
ضع أسنانك الخلفية على بعضها تماما.	موضع البداية
أريدك ان تفتح فمك ببطء لأوسع ما تستطيع، حتى لو كان ذلك مؤلما، أغلق فمك، وضع أسنانك الخلفية على بعضها تماما. كرر ذلك مرتين.	نمط فتح الفم
E4. نمط فتح الفم [تكميلي]	
4A . فتح الفم بدون ألم	
[ضع فمك في وضع مريح].	موضع البداية
<لا شيء>	وضع المسطرة لقياس الحركات العامودية
أريد منك أن تفتح فمك لأوسع قدر تستطيعه دون أن تحس بأي ألم، أو بدون أن يزيد من الألم الذي تحس به الآن.	E4A فتح الفم بدون ألم
4B. أقصى فتح للفم بدون مساعدة	
[ضع فمك في وضع مريح].	موضع البداية
أريد منك أن تفتح فمك لأوسع قدر تستطيعه حتى لو كان ذلك مؤلما .	E4B . أقصى فتح للفم بدون مساعدة
هل أحسست بألم مع هذه الحركة؟	E4B ما بعد فتحة الفم القصوى بدون مساعدة
4C. أقصى فتح للفم بمساعدة	
[ضع فمك في وضع مريح].	موضع البداية

تعليمات	في هذه اللحظة سأحاول ، [إذا كان ممكنا] أن أفتح فمك واسعا بأصابعي. إذا كنت تريدني أن أتوقف ، أرفع يدك وسأتوقف في الحال.
E4C	سوف اضح المسطرة. [توقف لبرهة] الان افتح [فمك] لأوسع ما تستطيع، حتى لو كان ذلك مؤلما، كما فعلت من قبل. [توقف لبرهة] سوف تشعر بأصابعي. فضلا أرح الفك حتى تتمكن من مساعدتك على فتح الفم بشكل أوسع ، إذا كان ذلك ممكنا. [توقف لبرهة]
E4c	هل أحسست بأي ألم عندما حاولت أن أفتح فمك واسعا بأصابعي؟ ما بعد فتحة الفم القصوى بمساعدة
الموضوع	الأوامر الشفوية
E4D	4D. إنهاء أقصى فتح للفم بمساعدة . <لا شيء>
E4D	إنهاء فتح الفم
E5	الحركات الأمامية والجانبية 5A. الحركة الجانبية لليمين.
الحركة الجانبية لليمين	افتح قليلا، وحرك فكك لجهة اليمين لأبعد ما تستطيع، حتى لو كان ذلك مؤلما. ثبت فكك على هذا الوضع حتى أنتهي من أخذ القياسات.
E5A	<لا شيء>
E5A	قياس
أعد الفك	
E5A	هل أحسست بألم مع هذه الحركة؟ ألم ما بعد الحركة الجانبية
E5B	5B. الحركة الجانبية لليسار.
الحركة الجانبية لليسار	افتح قليلا، وحرك فكك لجهة اليسار لأبعد ما تستطيع، حتى لو كان ذلك مؤلما. ثبت فكك على هذا الوضع حتى أنتهي من أخذ القياسات.
E5B	<لا شيء>
E5B	قياس
أعد الفك	
E5B	هل أحسست بألم مع هذه الحركة؟ ألم ما بعد الحركة الجانبية
E5C	5C. الحركة الأمامية.
الحركة الأمامية	افتح قليلا، وحرك فكك للأمام لأبعد ما تستطيع، حتى لو كان ذلك مؤلما.

تبت فكك على هذا الوضع حتى أنتهي من أخذ القياسات.

<لا شيء>

E5C

قياس

أعد الفك لوضعه

هل أحسست بألم مع هذه الحركة؟

E5C

ألم ما بعد الحركة الأمامية

الموضوع	الأوامر الشفوية
E6 . أصوات المفصل الصدغي خلال حركتي الفتح والاعلاق	
وضع اليد لجس أصوات المفصل	<لا شيء>
التعليمات فيما يتعلق بأصوات المفصل	سوف أقوم بفحص مفاصل الفك ما اذا كانت تصدر أصواتا. أريدك أن تتنبه أيضا، حيث أنني سوف أسألك في النهاية إذا كنت سمعت أو أحسست أي أصوات. [ركز على كلا المفصلين]
إغلاق الفم التام	ضع أسناتك الخلفية مع بعضها تماما.
تحري الفاحص عن وجود أصوات مفصلية خلال الفتح والإغلاق	افتح فمك ببطء لأوسع ما تستطيع، حتى لو كان ذلك مؤلما، وبعدها ببطء اقل فمك الى أن تكون أسناتك الخلفية على بعضها تماما مرة أخرى. كرر ذلك مرتين.
الاستفسار من المريض عن أصوات المفصل	هل سمعت او أحسست بأصوات في أي من المفصلين عندما فتحت الفم او أغلقتة؟ إذا كانت الاجابة "نعم": ما نوع الصوت؟
الاستفسار عن الألم	إذا أخبر المريض بوجود طقطقة: هل أحسست بأي ألم عندما حدثت تلك الطقطقة؟
E7 . أصوات المفصل الصدغي خلال الحركة الجانبية والأمامية.	
عام	<لا شيء>
أصوات المفصل في الحركات	[قم بعمل مجموعة الاجراءات التالية عند فحص كل من المفصل الايمن، ثم المفصل الايسر. أخبر المريض عن أي من المفصلين يتم التركيز عليه] ضع أسناتك الخلفية مع بعضها تماما، افتح قليلا، قم بتحريك فكك الى اليمين أبعد ما يمكنك، حتى لو يكون ذلك مؤلما؛ قم بإعادة الفك للخلف وضع أسناتك الخلفية على بعضها تماما. كرر ذلك مرتين.

الجانبية والأمامية	ضع أسنانك الخلفية مع بعضها تماما، افتح قليلا، قم بتحريك فكك الى اليسار أبعد ما يمكنك، حتى لو يكون ذلك مؤلما. قم بإعادة الفك للخلف وضع أسنانك الخلفية على بعضها تماما. كرر ذلك مرتين.
	ضع اسنانك الخلفية مع بعضها تماما، افتح قليلا، قم بتحريك فكك الى الأمام أبعد ما يمكن، حتى لو يكون ذلك مؤلما؛ قم بإعادة الفك كما كان حتى تتطابق أسنانك الخلفية على بعضها تماما. كرر ذلك مرتين.
الاستفسار عن الأصوات المفصالية	هل سمعت أو أحسست بأي اصوات في هذا المفصل [الأيمن، الأيسر] عندما قمت بتحريك الفك للأمام أو إلى الجانب؟ إذا كان الاجابة "نعم": ما نوع الصوت؟

الموضوع	الأوامر الشفوية
الاستفسار عن الألم	إذا أخبر المريض بوجود فرقة: هل أحسست بأي ألم عندما حدثت تلك الفرقة؟
E8. قفل الفك	
التقل والقم مغلق	هل تستطيع تحرير الفك؟
التقل والقم مفتوح	هل تستطيع تحرير الفك؟
E9 . ألأم عضلات ومفصل الفك الصدغ أثناء التحسس (الجس).	
مقدمة	الآن سوف أقوم بالضغط على مناطق مختلفة من رأسك، وجهك والفك، وسوف أسألك عن الألم، الألم المألوف، والصداع المألوف. أيضا سوف أسألك إذا ما كان الإحساس بالألم تحت أصبعي فقط أو أنك تحس به في مكان آخر بالإضافة للألم تحت أصبعي.. سوف اذكرك بالكلمات (الألم)، (ألم مألوف)، (صداع مألوف) و (فقط تحت إصبعي)؟ [استفسار "يذهب اي مكان اخر؟" يمكن استخدامه بدلا من "تحت أصبعي فقط" اذا اراد الفاحص ذلك]. في كل مرة، سوف أقوم بالضغط واستمر لمدة 5 ثواني.
المعايرة	<لا تسيء>
عضلة الصدغ & عضلة الفك	<لا تسيء>
المعايرة	<لا تسيء>
المفصل الفكي: حول القطب الجانبي	[ألأم المفصل الصدغي أثناء تحسس (جس) القطب الجانبي]

افتح قليلا، وحرك فكك السفلي للأمام قليلا وابق على هذا الوضع.

E10 . مناطق الجس التكميلية.

المعايرة <لا شيء>

منطقة الفك السفلي الخلفية أرخ (أرخ) فكك.

منطقة تحت الفك السفلي أرخ (أرخ) فكك.

المنطقة الجناحية الوحشية افتح قليلا وحرك فكك للجانب.

وتر العضلة الصدغية افتح فكك.

الأوامر الشفوية

الموضوع

E11 . تعليقات الفحص.

تعليقات الفحص <لا شيء>

----- نهاية الفحص السريري -----

تم استخلاص النسخة الإنجليزية لهذا النموذج من:

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.

Clinical Examination Form (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				LEFT PAIN			
<input type="radio"/> None	<input type="radio"/> Temporalis	<input type="radio"/> Other m muscles	<input type="radio"/> Non-mast structures	<input type="radio"/> None	<input type="radio"/> Temporalis	<input type="radio"/> Other m muscles	<input type="radio"/> Non-mast structures
	<input type="radio"/> Masseter	<input type="radio"/> TMJ			<input type="radio"/> Masseter	<input type="radio"/> 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			LEFT SIDE				
	Pain	Familiar Pain	Familiar Headache	Pain	Familiar Pain	Familiar Headache		
B. Maximum Unassisted Opening	Temporalis	<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	<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	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	
	TMJ	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		TMJ	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	
	Other M Musc	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		Other M Musc	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	
	Non-mast	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		Non-mast	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	
C. Maximum Assisted Opening	Temporalis	<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	<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	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	
	TMJ	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		TMJ	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	
	Other M Musc	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		Other M Musc	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	
	Non-mast	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		Non-mast	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	
D. Terminated?		<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y				<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		

mm

5. Lateral and Protrusive Movements

A. Right Lateral

mm

	RIGHT SIDE			LEFT SIDE				
	Pain	Familiar Pain	Familiar Headache	Pain	Familiar Pain	Familiar Headache		
B. Left Lateral	Temporalis	<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	<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	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	
	TMJ	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		TMJ	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	
	Other M Musc	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		Other M Musc	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	
	Non-mast	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		Non-mast	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	
C. Protrusion	Temporalis	<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	<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	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	
	TMJ	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		TMJ	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	
	Other M Musc	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		Other M Musc	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	
	Non-mast	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y		Non-mast	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	

C. Protrusion

mm

If negative

6. TMJ Noises During Open & Close Movements

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

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

7. TMJ Noises During Lateral & Protrusive Movements

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

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

8. Joint Locking

	RIGHT TMJ				Pain w/ Click	Familiar Pain
	Locking	Reduction		Reduction		
		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	<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	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y

	LEFT TMJ				Pain w/ Click	Familiar Pain
	Locking	Reduction		Reduction		
		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	<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	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y

9. Muscle & TMJ Pain with Palpation

	RIGHT SIDE				Familiar Headache	Referred Pain
	Pain	Familiar Pain	Familiar Pain	Referred Pain		
(1 kg)						
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	<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	<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	<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	<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	<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	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
TMJ						
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	<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	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y

	LEFT SIDE				Familiar Headache	Referred Pain
	Pain	Familiar Pain	Familiar Pain	Referred Pain		
(1 kg)						
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	<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	<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	<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	<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	<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	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
TMJ						
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	<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	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y

10. Supplemental Muscle Pain with Palpation

	RIGHT SIDE			Familiar Pain	Referred Pain
	Pain	Familiar Pain	Referred Pain		
(0.5 kg)					
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	<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	<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	<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	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y

	LEFT SIDE			Familiar Pain	Referred Pain
	Pain	Familiar Pain	Referred Pain		
(0.5 kg)					
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	<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	<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	<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	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y

11. Diagnoses

Pain Disorders	Right TMJ Disorders	Left TMJ Disorders
<input type="radio"/> None	<input type="radio"/> None	<input type="radio"/> None
<input type="radio"/> Myalgia	<input type="radio"/> Disc displacement (select one)	<input type="radio"/> Disc displacement (select one)
<input type="radio"/> Myofascial pain with referral	<input type="radio"/> ...with reduction	<input type="radio"/> ...with reduction
	<input type="radio"/> ...with reduction, with intermittent locking	<input type="radio"/> ...with reduction, with intermittent locking
<input type="radio"/> Right Arthralgia	<input type="radio"/> ... without reduction, with limited opening	<input type="radio"/> ... without reduction, with limited opening
<input type="radio"/> Left Arthralgia	<input type="radio"/> ... without reduction, without limited opening	<input type="radio"/> ... without reduction, without limited opening
	<input type="radio"/> Degenerative joint disease	<input type="radio"/> Degenerative joint disease
<input type="radio"/> Headache attributed to TMD	<input type="radio"/> Subluxation	<input type="radio"/> Subluxation

12. Comments

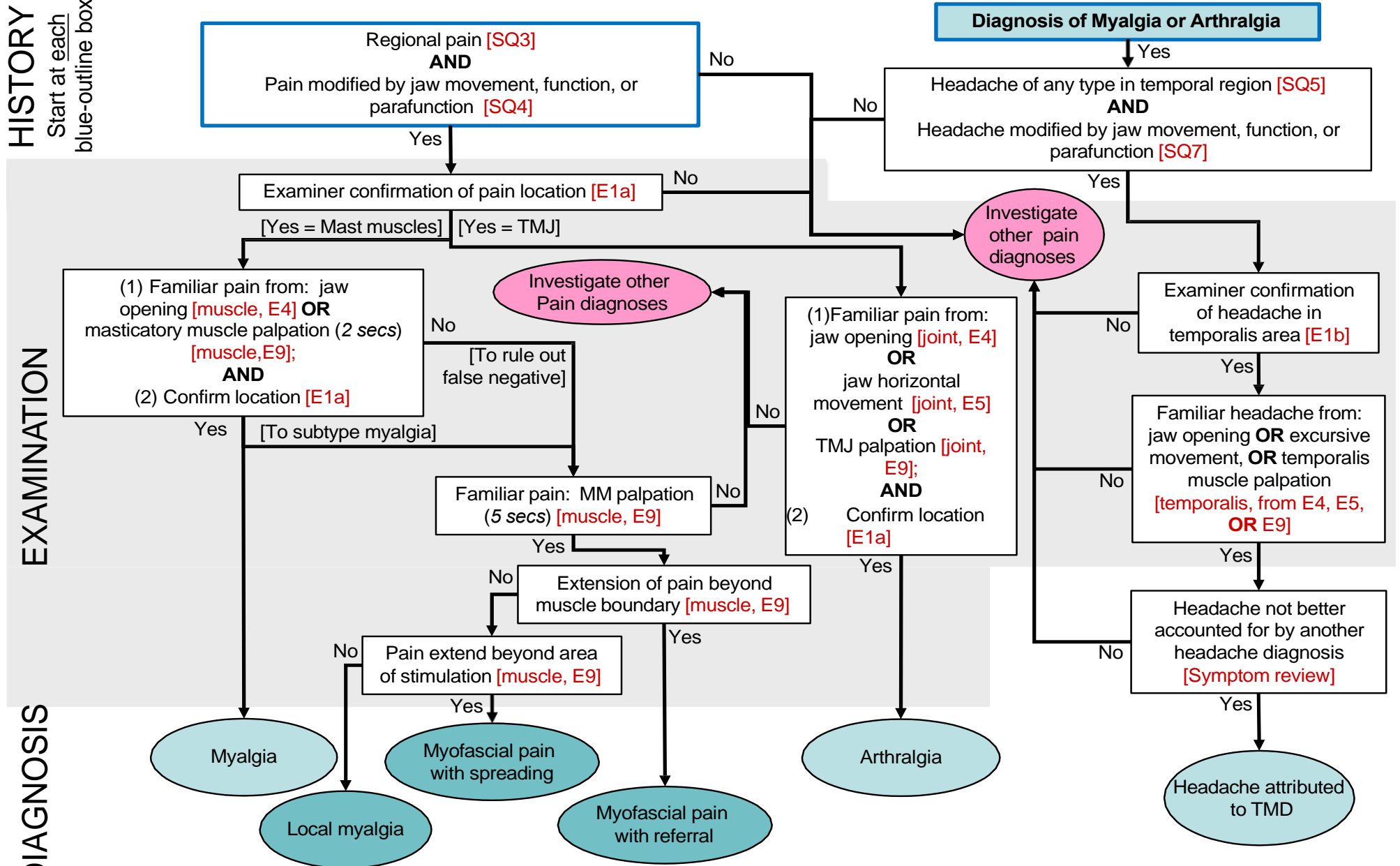
Diagnosis

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, 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). <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, 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). <i>Journal of Oral & Facial Pain and Headache</i> 28:6-27.</p> <p>Table Version: October 23, 2015</p>

Decision Tree (English)

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

Pain-Related TMD and Headache



Note: 2 secs palpation is sufficient for myalgia; 5-secs is required for subtypes

Version 7/4/2018 (text revision)

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

HISTORY & EXAMINATION
Start at each blue-outline box

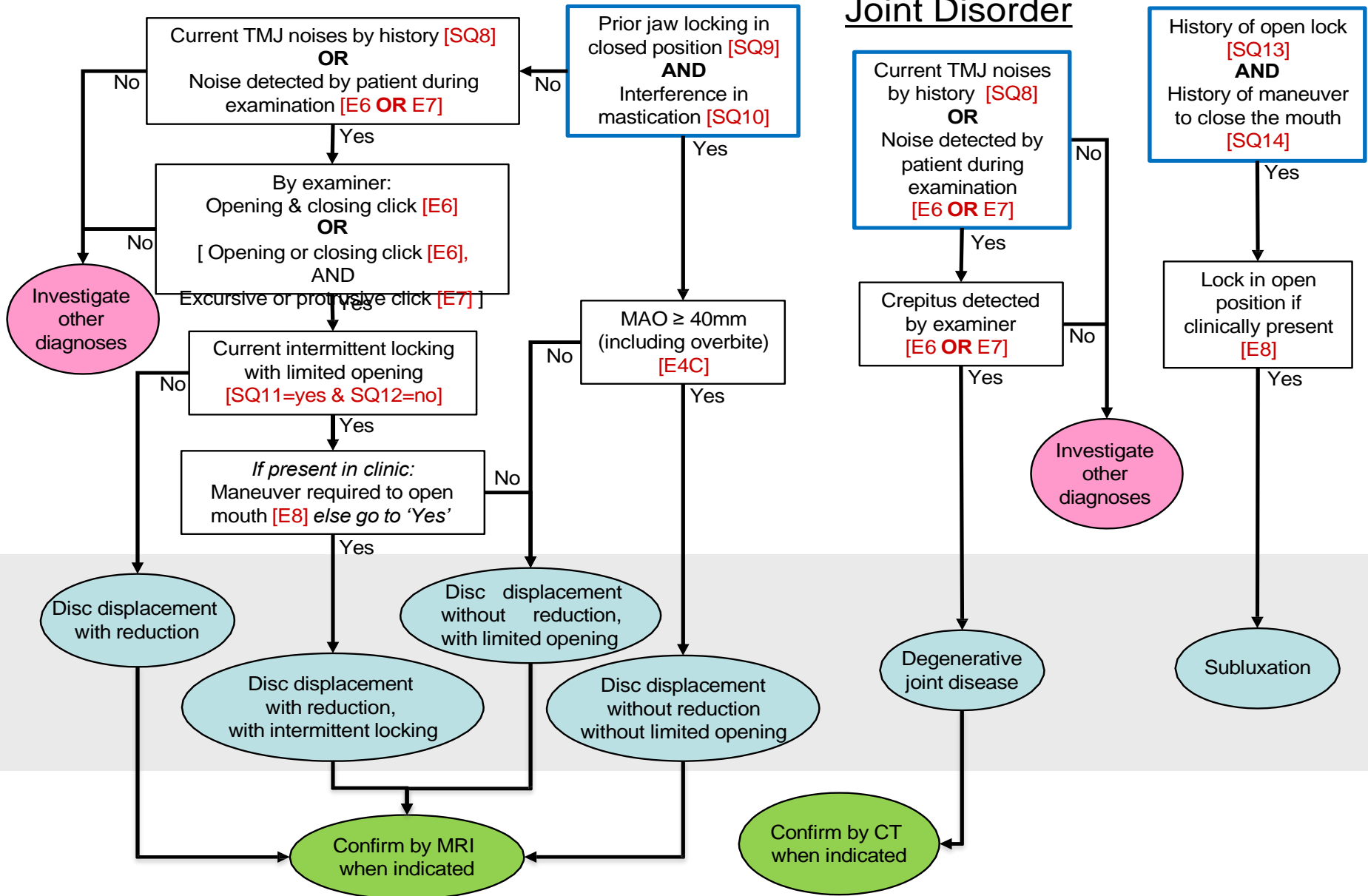
CLINICAL DIAGNOSIS

IMAGING

Intra-articular Joint Disorders

Degenerative Joint Disorder

Subluxation



Version 09/05/2016 (text revision)

Updates to the decision tree

2018_07_04. Slide 1: change “Myofascial pain” to “Myofascial pain with spreading”.

2016_09_05. Slide 2: add “By examiner” to the joint noise box in the path for disc displacement with reduction diagnosis, in order to distinguish noise identified by the examiner, vs noise identified by the patient, as indicated clearly in the box at the top of the slide. This change is also consistent with what was already in place for the DJD diagnostic path.

Diagnostic Criteria Table (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, 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). 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 2/6/2020

	History		Examination	
<i>Disorder</i>	<i>Criteria</i>	<i>SQ</i>	<i>Criteria</i>	<i>Examination Form</i>
Pain Disorders				
Myalgia (ICD-9 729.1) • Sens 0.90 • Spec 0.95	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				
Local Myalgia (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

Myofascial Pain with Spreading (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

	History		Examination	
<i>Disorder</i>	<i>Criteria</i>	<i>SQ</i>	<i>Criteria</i>	<i>Examination Form</i>
Myofascial Pain with Referral (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 <p>Note that for a secondary headache diagnosis, a primary diagnosis of either myalgia or arthralgia is required.</p>	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: (protrusive or lateral) 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	Creptus during jaw movement	E6 or E7: creptus 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

Feb 6, 2020

- “Myofascial Pain” revised to “Myofascial Pain with Spreading”, to reconcile the table with the decision tree previously updated.

July 4, 2018

- For Disk Displacement with Reduction, Examination E7 was clarified by adding “(protrusive or lateral)” for the type of click expected to fulfill criterion.

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

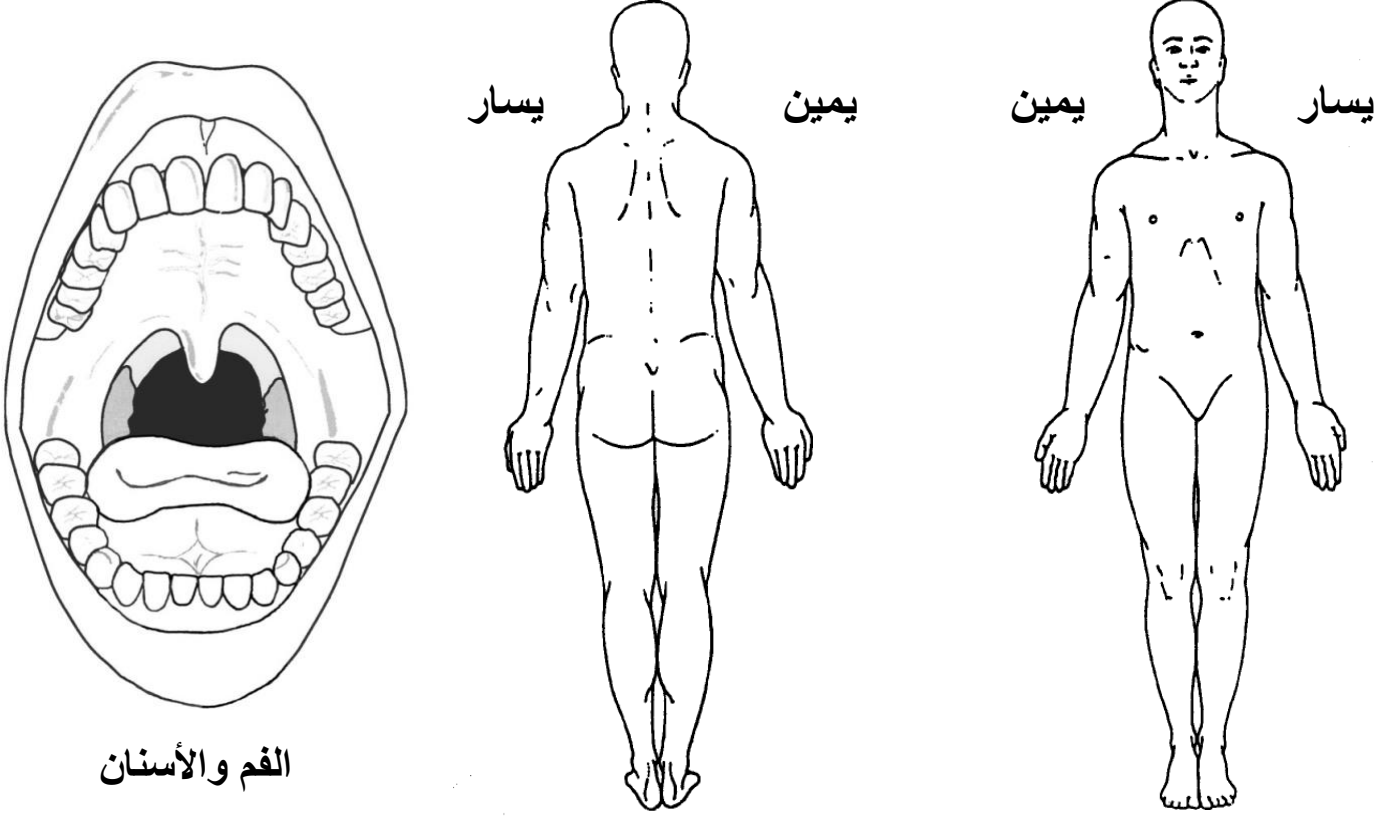
Standard Usage		Instrument	Source
Screening	Complete		
☐	☐	Pain Drawing	Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013
☐	☐	Graded Chronic Pain Scale Version 2.0	Von Korff M. Assessment of chronic pain in epidemiological and health services research: empirical bases and new directions. In: Turk 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
☐		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.Orofacial Pain</i> 22:219-230, 2008. Form Version: May 12, 2013
	☐	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.Orofacial Pain</i> 22:219-230, 2008. Form Version: May 12, 2013
☐		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		
	☐	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>
	☐	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>
	☐	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>
☐	☐	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>

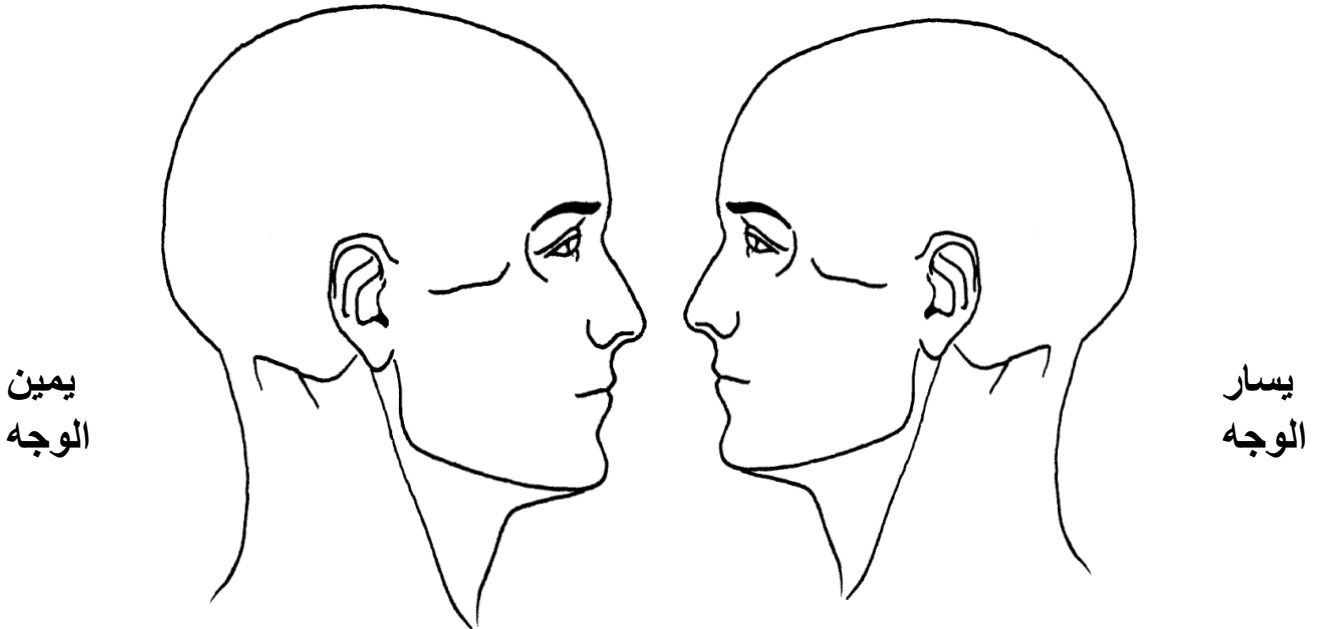
Pain Drawing

رسم الألم DC-TMD PAIN DRAWING

أشر إلى كل مناطق الألم المختلفة بالتظليل في المنطقة وذلك باستخدام الرسوم الأكثر ملائمة. إذا كان هناك منطقة محددة يتركز فيها الألم أشر إليها بالنقطة الغامقة (●).
إذا كان الألم لديك ينتقل من مكان لآخر استخدم الأسهم لعرض المسار.



الفم والأسنان



يمين
الوجه

يسار
الوجه

Graded Chronic Pain (version 2)

مقياس الألم المزمن المتدرج – الإصدار 2 Graded Chronic Pain Scale V2.0

1. خلال الأشهر الستة الماضية، كم عدد الأيام التي عانيت فيها من آلام في الوجه؟ _____ أيام

2. كيف تصف شدة الألم في وجهك في الوقت الحاضر؟ استخدم المقياس من "0" إلى 10، حيث "0" تعني "لا يوجد ألم" و"10" "أشد حالات الألم الممكنة".

لا يوجد ألم											أشد حالات الألم الممكنة	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3. خلال الثلاثين يوماً الماضية، ما هي درجة أسوأ ألم لديك في منطقة الوجه؟ استخدم المقياس من صفر إلى 10، حيث "0" تعني "لا يوجد ألم" و"10" "أشد حالات الألم الممكنة".

لا يوجد ألم											أشد حالات الألم الممكنة	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4. خلال الثلاثين يوماً الماضية، ما معدل متوسط الألم في الوجه؟ استخدم المقياس من "0" إلى "10"، حيث "0" تعني "لا يوجد ألم" و"10" "أشد حالات الألم الممكنة". [هذا هو الألم في العادة عندما كنت متألماً].

لا يوجد ألم											أشد حالات الألم الممكنة	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

5. خلال الثلاثين يوماً الماضية، كم عدد الأيام التي لم تستطع فيها ممارسة نشاطاتك المعتادة (العمل، المدرسة، الأعمال المنزلية) بسبب آلام الوجه؟ _____ أيام.

6. خلال الثلاثين يوماً الماضية، إلى أي مدى كان لآلام الوجه تأثير على نشاطاتك اليومية؟ استخدم المقياس من "0" إلى "10"، حيث أن "0" لا يوجد تأثير و"10" غير قادر على القيام بأي أنشطة:

لا يوجد ألم											غير قادر على القيام بأي نشاط	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

7. خلال الثلاثين يوماً الماضية، إلى أي مدى كان لآلام الوجه تأثير على مشاركتك في الأنشطة الترفيهية أو الاجتماعية أو العائلية؟ استخدم المقياس من "0" إلى "10"، حيث أن "0" لا يوجد تأثير و"10" غير قادر على القيام بأي أنشطة:

لا يوجد تأثير											غير قادر على القيام بأي نشاط	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

8. خلال الثلاثين يوماً الماضية، إلى أي مدى كان لآلام الوجه تأثير على قدرتك على العمل، بما في ذلك الأعمال المنزلية؟ استخدم المقياس من "0" إلى "10"، حيث أن "0" لا يوجد تأثير و"10" غير قادر على القيام بأي أنشطة:

لا يوجد تأثير											غير قادر على القيام بأي نشاط	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

JFLS-8

مقياس التقييد الوظيفي للفك (JFLS-8)

Jaw Functional Limitation Scale (JFLS- 8)

لكل من البنود أدناه ، يرجى الإشارة إلى مستوى التقييد أو الصعوبة خلال الشهر الماضي. إذا تم تجنب النشاط تمامًا لأنه صعب جدًا ، فضع دائرة حول "10". إذا كنت تتجنب أي نشاط لأسباب أخرى غير الألم أو الصعوبة ، اترك العنصر فارغًا..

تقييد/ صعوبة شديدة	لا يوجد تقييد/ صعوبة	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
													1 مضغ الطعام صعب القطع (مثل: شرائح اللحم البقري)
													2 مضغ لحم الدجاج (مثل: الدجاج المحضر بالفرن)
													3 أكل الطعام اللين لا يحتاج للمضغ (مثل: البطاطس المهروسة، صلصة التفاح، المهلبية، الطعام المهروس)
													4 فتح الفم واسعا بما يكفي للشرب من كوب
													5 البلع
													6 التثاؤب
													7 التحدّث
													8 التبيّس

JFLS-20

مقياس التقيد الوظيفي للفك (JFLS-20)

Jaw Functional Limitation Scale (JFLS- 20)

لكل من البنود أدناه ، يرجى الإشارة إلى مستوى التقيد أو الصعوبة خلال الشهر الماضي. إذا تم تجنب النشاط تمامًا لأنه صعب جدًا ، فضع دائرة حول "10". إذا كنت تتجنب أي نشاط لأسباب أخرى غير الألم أو الصعوبة ، اترك العنصر فارغًا..

تقييد/ صعوبة شديدة	لا يوجد تقييد/ صعوبة	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
												1 مضغ الطعام صعب القطع (مثل: شرائح اللحم البقري)
												2 مضغ الخبز القاسي أو الشابورة
												3 مضغ لحم الدجاج (مثل : الدجاج المحضر بالفرن)
												4 مضغ البسكويت الرقيق
												5 مضغ الطعام اللين (مثل: المكرونة ، الفاكهة المعلبة أو اللينة ، الخضروات المطبوخة ، السمك)
												6 أكل الطعام اللين لايحتاج للمضغ (مثل: البطاطس المهروسة، صلصة التفاح ، المهلبية ، الطعام المهروس)
												7 فتح الفم واسعا بما يكفي للقضم من تفاحة مكتملة.
												8 فتح الفم واسعا بما يكفي لقضم ساندوتش
												9 فتح الفم واسعا بما يكفي لتتحدث
												10 فتح الفم واسعا بما يكفي للشرب من كوب
												11 البلع
												12 التناوب
												13 التحدث
												14 الإنشاد أو الغناء
												15 إظهار معالم الفرح على الوجه
												16 إظهار معالم الغضب على الوجه
												17 التجهم
												18 التقبيل
												19 التبتيم
												20 الضحك

PHQ-4

استبيان صحة المريض -4

Patient Health Questionnaire – 4 (PHQ-4)

التاريخ

الاسم

خلال الأسبوعين الماضيين، لأي درجة كنت منزعجاً من المشاكل التالية؟
فضلاً ضع علامة في المربع مقابل الاجابة المناسبة:

لا على الاطلاق	أيام متعددة	أكثر من نصف الأيام	كل يوم تقريباً	
0	1	2	3	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 الشعور بالغضب أو القلق أو الانفعال الشديد.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 عدم القدرة على إنهاء القلق أو التحكم فيه.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 قلة الاهتمام أو الاستمتاع بممارسة الأشياء.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 الشعور بالحزن أو ضيق الصدر أو اليأس.

مجموع النقاط =

إذا حددت أي من المشاكل، ما مدى صعوبة تأثير هذه المشاكل على عملك، الاهتمام بالأشياء في المنزل، أو تواجده مع الآخرين؟

ليس صعباً على الإطلاق	صعب جداً	صعب نوعاً ما	أقصى درجات الصعوبة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHQ-9

استبيان صحة المريض -9

Patient Health Questionnaire –9 (PHQ – 9)

خلال الأسبوعين الماضيين، لأي درجة كنت منزحاً من المشاكل التالية؟
فضلاً ضع علامة في المربع مقابل الاجابة المناسبة:

لا على الاطلاق	أيام متعددة	أكثر من نصف الأيام	كل يوم تقريباً	
0	1	2	3	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 قلة الاهتمام أو الاستمتاع بممارسة الأشياء.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 الشعور بالحزن أو ضيق الصدر أو اليأس.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 الصعوبة في الركون إلى النوم، أو النوم بانتظام أو النوم أكثر من العادة.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 الشعور بالتعب أو بقلة في الحيوية.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 قلة الشهية أو كثرة الأكل.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 الشعور بعدم الرضا عن النفس أو بالفشل أو الإحباط تجاه ذورك.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 الصعوبة في التركيز على الأشياء مثل قراءة الصحف أو مشاهدة التلفزيون.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 بطء في الحركة أو الكلام بدرجة ملحوظة من الآخرين؟ أو على العكس من ذلك ككثرة التملل أو التحرك إلى درجة فوق العادة.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 الشعور بتفضيل الموت على الحياة أو بإيذاء النفس بطريقة ما.

مجموع النقاط =

إذا حددت أي من المشاكل، ما مدى صعوبة تأثير هذه المشاكل على عملك، الاهتمام بالأشياء في المنزل، أو تواجدك مع الآخرين؟

ليس صعباً على الإطلاق	صعب جداً	صعب نوعاً ما	اقصى درجات الصعوبة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GAD-7

اضطراب القلق العام – 7 (GAD-7)

Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)

خلال الأسبوعين الماضيين، لأي درجة كنت منزحاً من المشاكل التالية؟

فضلاً ضع علامة في المربع مقابل الاجابة المناسبة:

كل يوم تقريباً	أكثر من نصف الأيام	أيام متعددة	لا ، على الإطلاق	
3	2	1	0	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 الشعور بالغضب أو القلق أو الانفعال الشديد.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 عدم القدرة على إنهاء القلق أو التحكم فيه.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 القلق المفرط على أشياء مختلفة.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 الصعوبة في الاسترخاء.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 شدة الاضطراب لدرجة صعوبة البقاء في هدوء.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 السرعة في الانزعاج أو الانفعال.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 الشعور بالخوف كما لو أن شيئاً فظيماً قد يحدث.

مجموع النقاط =

إذا حددت أي من المشاكل، ما مدى صعوبة تأثير هذه المشاكل على عملك، الاهتمام بالأشياء في المنزل، أو تواجدك مع الآخرين؟

ليس صعباً على الإطلاق	صعب جداً	صعب نوعاً ما	اقصى درجات الصعوبة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHQ-15

استبيان صحة المريض -15- الأعراض الجسدية

DC-TMD Patient Health Questionnaire -15- Physical Symptoms

الاسم _____

التاريخ _____

خلال الأسبوعين الماضيين، لأي درجة كنت منزعجاً من المشاكل التالية؟
فضلا ضع علامة في المربع مقابل الاجابة المناسبة:

لم أنزعج مطلقا	انزعجت قليلا	انزعجت كثيرا	
0	1	2	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 آلام في المعدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 آلام في الظهر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 آلام في ذراعيك أو الأرجل أو المفاصل (الركب، الحوض وغيرها)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 آلام الدورة الشهرية أو المشاكل الأخرى المصاحبة لها (للنساء فقط).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 الصداع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 آلام في الصدر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 دوخة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 نوبات إغماء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 الشعور بأن قلبك ينبض بسرعة وبقوة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 صعوبة في التنفس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 آلام ومشاكل خلال المعاشرة الجنسية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 امساك، ليونة في البطن (البراز) أو إسهال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 الغثيان، غازات أو عسر الهضم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 الشعور بالإرهاق أو قلة في النشاط
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 مشاكل في النوم

Oral Behaviors Checklist

قائمة مراجعة السلوك الفموي
DC-TMD The Oral Behavior Checklist

في العادة كم مرة تفعل أي من السلوكيات التالية، استنادا على ما قمت به في الشهر الماضي؟ إذا اختلف تكرار السلوك ، اختر الاحتمال الأكبر.
الرجاء وضع (√) مقابل العبارة المناسبة وعدم ترك أي عبارة بدون اختيار:

أنشطة خلال النوم				
لم تفعل أبدا ولا مرة	أقل من ليلة واحدة / الشهر	3-1 ليالي / شهر	3-1 ليالي / أسبوع	4-7 ليالي / أسبوع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	الصرأوطحن الأسنان أثناء النوم، بناءً على أي معلومات من الممكن أن تكون لديك.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	النوم على وضعية من شأنها أن تسبب ضغطا على الفك (على سبيل المثال: على البطن، على الجانب).			
أنشطة خلال ساعات المشي				
لم تفعل أبدا	قليل من الوقت	بعض من الوقت	معظم الوقت	كل الوقت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	طحن الأسنان مع بعضها خلال ساعات اليقظة.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	صر الأسنان مع بعضها خلال ساعات اليقظة.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	الضغط، اللمس أو قبض الأسنان مع بعضها خلاف وقت الأكل (يعني بذلك الاتصال بين الأسنان العلوية والسفلية).			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	القبض، الشد، توتر العضلات بدون صرير أو تلامس الأسنان مع بعضها.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	قبض أو بروز الفك للأمام أو للجانب.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	ضغط اللسان بقوة باتجاه الأسنان.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	وضع اللسان بين الأسنان.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	العض، المضغ أو اللعب باللسان أو بالخد أو الشفتين.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	قبض الفك في وضعية جامدة أو مشدودة / متوترة، مثل: أن تثبت أو تحمي الفك.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	وضع أشياء بين الأسنان أو عض الأشياء مثل: الشعر، الغليون، أقلام الرصاص، الأقلام، الأصابع، الأظافر... الخ.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	مضغ اللبان (العلك)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	عزف الآلات الموسيقية التي تتضمن استخدام الفم أو الفك (على سبيل المثال: آلات النفخ النحاسية (ترومبيت) آلات النفخ الخشبية (الناي) أو الآلات الوترية (الكمان).			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	الانكباء باليد على الفك، مثل: اراحة الذقن على اليد.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	مضغ الطعام على جانب واحد فقط.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	الأكل بين الوجبات (الطعام الذي يتطلب المضغ)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	الحديث المتواصل (على سبيل المثال: للتدريس، المبيعات، وخدمة الزبائن).			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	النشيد أو الغناء			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	التناوب			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	الإمساك بالهاتف بين رأسك والكتفين.			