

Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments (Farsi)



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

معیار تشخیصی برای اختلالات مفصل فکی گیجگاهی

Farsi translation by

Balke Z¹, DDS

(Team leader)

Ahmadi Tehrani E², PT, MSc

(Co-team leader)

Collaborators

Naimi S³, PT, PhD

Tafaghodie Gh

Affiliation

¹ Dental Office Dr. Zibandeh. Balke, Speyer, Germany

^{2,3} Department of Physiotherapy, School of Rehabilitation, Shahid Beheshti University of
Medical Sciences, Tehran, Iran

Accepted October 30, 2018 by the Consortium

Translation available at www.RDC-TMDinternational.org

Contents

| | |
|---|-----------|
| Overview | 3 |
| Printing Guidance..... | 4 |
| Contents (listed in English for reference)..... | 5 |
| How to Cite This Document..... | 6 |
| Acknowledgments | 8 |
| Axis I Assessment..... | 9 |
| TMD Pain Screener..... | 10 |
| Symptom Questionnaire..... | 112 |
| Demographics..... | 15 |
| Examination: Pain-related Interview and Examiner Commands | 17 |
| Clinical Examination Form (FDI; English) | 21 |
| Diagnosis | 24 |
| Decision Tree (English)..... | 25 |
| Diagnostic Criteria Table (English) | 28 |
| Axis II Assessment..... | 34 |
| Pain Drawing..... | 36 |
| Graded Chronic Pain (version 2) | 38 |
| JFLS-8 | 40 |
| JFLS-20 | 42 |
| PHQ-4..... | 44 |
| PHQ-9..... | 46 |
| GAD-7..... | 48 |
| PHQ-15..... | 50 |
| Oral Behaviors Checklist..... | 52 |

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 (2014) 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 2016_06_08.

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 | TMD بررسی درد | 11 |
| Axis I: All clinical forms | همه فرم های بالینی | 13, 14, 16, 22, 23 |
| Symptom Questionnaire | پرسشنامه نشانه | 13, 14 |
| Demographics | اطلاعات جمعیت شناسی | 16 |
| Clinical Examination Form (FDI) | | 22, 23 |
| Axis I: Pain-related Interview and Examiner Commands | مصاحبه درد و دستورات کلامی آزمونگر | 18-20 |
| Axis I: Diagnostic trees and criteria tables | | 26, 27, 29, 30, 31 |
| Axis II: Screening | | 35, 37, 39, 43, 51 |
| Pain Drawing | تصویر محل درد | 35 |
| Graded Chronic Pain Scale | مقیاس درجه بندی درد مزمن | 37 |
| JFLS-8 | مقیاس محدودیت عملکردی فک-۸ | 39 |
| PHQ-4 | پرسشنامه سلامت بیمار-۴ | 43 |
| Oral Behaviors Checklist | چک لیست رفتار دهان و دندان | 51 |
| Axis II: Comprehensive | | 35,37,41,45,47,49,51 |
| Pain Drawing | تصویر محل درد | 35 |
| Graded Chronic Pain Scale | مقیاس درجه بندی درد مزمن | 37 |
| JFLS-20 | مقیاس محدودیت عملکردی فک - ۲۰ | 41 |
| PHQ-9 | پرسشنامه سلامت بیمار - ۹ | 45 |
| GAD-7 | اختلال اضطراب عمومی - ۷ | 47 |
| PHQ-15 | پرسشنامه سلامت بیمار - ۱۵ : نشانه های فیزیکی | 49 |
| Oral Behaviors Checklist | چک لیست رفتار دهان و دندان | 51 |

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. [معیار تشخیصی برای اختلالات مفصل فکی گیجگاهی (DC/TMD) : Farsi Version 25May2016] Balke Z, Ahmadi Tehrani E, Naimi S, Tafaghodie Gh, 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. [معیار تشخیصی برای اختلالات مفصل فکی گیجگاهی (DC/TMD) : Farsi Version 25May2016] Balke Z, Ahmadi Tehrani E, Naimi S, Tafaghodie Gh, 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. [معیار تشخیصی] برای اختلالات مفصل فکی گیجگاهی (DC/TMD) ارزیابی : Farsi Version 25May2016] Balke Z, Ahmadi Tehrani E, Naimi S, Tafaghodie Gh , 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. [معیار تشخیصی] برای اختلالات مفصل فکی گیجگاهی (DC/TMD) ارزیابی : Farsi Version 25May2016] Balke Z, Ahmadi Tehrani E, Naimi S, Tafaghodie Gh , 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

بررسی درد TMD

۱. در ۳۰ روز گذشته ، چه مدت در قسمت فک یا شقیقه، در هر طرف صورت، درد داشته اید؟

- ا. درد نداشته ام
- ب. گاهی درد داشته ام
- ج. دائما درد داشته ام

۲. در ۳۰ روز گذشته ، آیا هنگام بیدار شدن از خواب، درد یا سفت شدگی در قسمت فک داشته اید؟

- ا. خیر
- ب. بلی

۳. در ۳۰ روز گذشته ، آیا کار های زیر موجب تغییری در وضعیت درد (مثلا بهتر یا بدتر شدن آن) در محدوده

فک یا شقیقه، در هر طرف صورت، شده است ؟

الف. جویدن غذای سخت مثل بادام یا غذای سفت مثل گوشتی که خوب پخته نشده.

- ا. خیر
- ب. بلی

ب. باز کردن دهان یا حرکت فک به جلو یا به طرفین

- ا. خیر
- ب. بلی

ج. عادت هایی مانند نگه داشتن دندان ها رویهم ، سائیدن ، دندان قروچه کردن یا آدامس جویدن

- ا. خیر
- ب. بلی

د. سایر فعالیت های فک مانند صحبت کردن ، بوسیدن ، یا خمیازه کشیدن

- ا. خیر
- ب. بلی

Symptom Questionnaire

پرسشنامه نشانه

نام بیمار

تاریخ

درد

۱. آیا تا کنون دردی در نواحی فک، شقیقه، داخل یا جلوی گوش در هر یک از طرفین، احساس کرده اید؟

خیر بلی

چنانچه پاسخ شما منفی (خیر) می باشد به سؤال ۵ رجوع کنید.

۲. از چند سال یا چند ماه قبل، برای اولین بار، درد شما در نواحی فک، شقیقه، داخل یا جلوی گوش، شروع شد؟

..... سال ماه

۳. کدام یک از موارد زیر، درد شما را در هر طرف صورت در نواحی فک، شقیقه، داخل یا جلوی گوش، در ۳۰ روز گذشته بهتر توصیف می کند؟ لطفاً فقط یک پاسخ را انتخاب کنید.

درد نداشته ام
 گاهی درد داشته ام
 دائماً درد داشته ام

چنانچه پاسخ شما به سؤال ۳ منفی (خیر) می باشد به سؤال ۵ رجوع کنید.

۴. در ۳۰ روز گذشته، آیا فعالیت های زیر موجب تغییری در درد (مثلاً بهتر یا بدتر شدن آن) در نواحی فک، شقیقه، داخل یا جلوی گوش، در هر یک از طرفین شده است؟

خیر بلی

ا. جویدن غذای سخت مثل بادام یا غذای سفت مثل گوشتی که خوب پخته نشده.

ب. باز کردن دهان یا حرکت فک به جلو یا به طرفین

ج. عادت هایی مانند نگه داشتن دندان ها رویهم، سائیدن، دندان قروچه کردن یا آدامس جویدن

د. سایر فعالیت های فک مانند صحبت کردن، بوسیدن، یا خمیازه کشیدن

سردرد

۵. آیا در ۳۰ روز گذشته، هیچگونه سردردی در محدوده ی شقیقه تان داشته اید؟

خیر بلی

چنانچه پاسخ شما به سؤال ۵ منفی (خیر) است به سؤال ۸ رجوع کنید.

۶. از چند سال یا چند ماه قبل، برای اولین بار سردرد در قسمت شقیقه ی شما شروع شد؟

..... سال ماه

۷. در ۳۰ روز گذشته، آیا فعالیتهای زیر موجب تغییری در سردرد (مثلاً بهتر یا بدتر شدن آن) در ناحیه ی شقیقه تان، در هر یک از طرفین، شده است؟

خیر بلی

ا. جویدن غذای سخت مثل بادام یا غذای سفت مثل گوشتی که خوب پخته نشده.

ب. باز کردن دهان یا حرکت فک به جلو یا به طرفین

ج. عادت هایی مانند نگه داشتن دندان ها رویهم، سائیدن، دندان قروچه کردن یا آدامس جویدن

د. سایر فعالیت های فک مانند صحبت کردن، بوسیدن، یا خمیازه کشیدن

| نمیدونم <input type="checkbox"/> | چپ <input type="checkbox"/> | راست <input type="checkbox"/> | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | ۸. در ۳۰ روز گذشته، به هنگام حرکت دادن یا استفاده از فک، صدا یا صداهایی در مفصل فک احساس کرده اید؟ |
|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---|
| قفل شدن مفصل در حالت بسته | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۹. آیا تا کنون برای یک لحظه هم که شده، فک شما قفل شده یا دچار گیرافتادگی شده است، بطوری که نتوانسته اید آن را کاملاً باز کنید؟ چنانچه پاسخ شما به سؤال ۹ منفی (خیر) است به سؤال ۱۳ رجوع کنید. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۰. آیا قفل شدن یا گیرافتادگی فک شما به اندازه ای شدید بوده که باز کردن فک شما را محدود کند و در توانایی غذا خوردن شما اختلال ایجاد کند؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۱. آیا در ۳۰ روز گذشته، حتی برای یک لحظه، فک شما طوری قفل شده است که قادر به باز کردن کامل آن نبوده و سپس از حالت قفل درآمده و توانسته باشید فک را کاملاً باز کنید؟ اگر پاسخ شما به سؤال ۱۱ منفی (خیر) است به سؤال ۱۳ رجوع کنید. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۲. آیا در حال حاضر فک شما قفل می شود یا حرکت آن محدود می شود تا حدی که فک کاملاً باز نشود؟ |
| قفل شدن مفصل در حالت باز | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۳. در ۳۰ روز گذشته، آیا هنگام باز کردن کامل دهان، فک شما حتی برای یک لحظه، دچار قفل شدگی یا گیرافتادگی شده است بطوری که نتوانسته باشید آنرا از حالت بازمانده ببندید؟ چنانچه پاسخ شما به سؤال ۱۳ منفی (خیر) است کار شما پایان پذیرفته است. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۴. در ۳۰ روز گذشته، چنانچه فک شما هنگام باز کردن کامل دهان قفل شده، آیا مجبور شده اید برای بستن آن، اقداماتی شامل استراحت کردن، جابه جا کردن فک، هل دادن آن یا حرکت خاصی انجام دهید؟ |

Demographics

اطلاعات جمعیت شناسی

۱. در حال حاضر از نظر تأهل چه وضعیتی دارید؟

- متاهل هستم طلاق گرفته ام از هم جدا زندگی می کنیم
 بیوه هستم هنوز ازدواج نکرده ام

۲. از کدام یک از اقوام زیر هستید؟

- فارس آذری کرد لر
 بلوچ ترکمن عرب سایر (ارمنی، گرجی و غیره)

۳. بالاترین مدرک تحصیلی شما چیست؟

- زیر دیپلم
 دیپلم
 کاردانی
 کارشناسی
 کارشناسی ارشد و بالاتر

۴. در حال حاضر، درآمد ماهیانه خانواده شما چقدر است؟ لطفاً تمام منابع درآمد همه ی اعضای خانواده مانند دستمزد، حقوق، سرمایه گذاری و غیره را در نظر گرفته و سپس انتخاب کنید.

- کمتر از ۲ میلیون تومان
 ۲-۴ میلیون تومان
 ۴-۶ میلیون تومان
 ۶-۸ میلیون تومان
 ۸-۱۰ میلیون تومان
 ۱۰-۱۵ میلیون تومان
 بالاتر از ۱۵ میلیون تومان

Examination: Pain-related Interview and Examiner Commands

مصاحبه درد

| سؤال مصاحبه | آیتم |
|---|-------|
| برای درد ناشی از مانور دامنه حرکتی آیا شما با آن حرکت احساس درد داشتید؟ | ۶,۲,۱ |
| آیا می توانید هر محلی که احساس درد کرده اید را با انگشت خود نشان دهید؟ | |
| آیا با آن حرکت در محل های دیگری نیز، احساس درد داشته اید؟ با انگشت خود آن محل ها را مشخص کنید. | |
| برای درد ناشی از لمس آیا در محلی که من فشار اعمال کردم، درد احساس کردید؟ | ۶,۲,۲ |
| آیا آن کلیک دردناک بود؟ | |
| برای درد مرتبط با کلیک آیا آن کلیک دردناک بود؟ | ۶,۲,۳ |
| سؤال درد آشنا آیا این درد شبیه هیچ یک از دردهایی که در این ناحیه در ۳۰ روز گذشته تجربه کرده اید، است؟ | ۶,۲,۴ |
| این درد شبیه چیست؟ | |
| آیا این درد شبیه سردرد شما در این ناحیه در ۳۰ روز گذشته است؟ | |
| سؤال درد ارجاعی آیا شما فقط زیر انگشت من درد احساس کردید یا در مناطق دیگر (در قسمت های مختلف سرتان، صورت یا فک) هم درد را احساس کردید؟ | ۶,۲,۵ |
| (به من نشان بده کجا احساس درد داشتی؟) با انگشتت هر کدام از محل هایی را که همین الان احساس درد داشتی نشان بده. (در پاسخ به فشار من) | |
| آیا در جای دیگری هم آن را حس کردی؟ | |

دستورات کلامی آزمونگر

| دستور کلامی | |
|-------------|---|
| E1a | قبل از اینکه معاینه را شروع کنم، می خواهم چند چیز را با تو مرور کنم. من از تو در مورد درد سوال خواهم کرد و اگر درد داری تنها تو می دانی. وقتی که در مورد درد سوال می کنم، از تو می خواهم فقط با بله یا خیر جواب دهی؛ اگر مطمئن نیستی بهترین جوابت را به من بده. اگر درد احساس می کنی من از تو سوال می کنم که آیا درد آشنا هست. درد آشنا به دردی گفته می شود که شبیه دردی است که ممکن است در همان محل در ۳۰ روز گذشته داشته ای. اگر در ناحیه گیجگاه درد داری، من از تو سوال میکنم که آیا آن درد مشابه سردردی است که ممکن است در ۳۰ روز گذشته در ناحیه گیجگاه داشته ای. به منظور این معاینه، مایلم دردی که ممکن است در این نواحی داشته باشی را بررسی کنم و هم چنین داخل دهان |
| | آیا در این نواحی (که من لمس کردم)، در ۳۰ روز گذشته درد داشته ای؟ |
| | می توانی هر کدام از محل هایی که (در ۳۰ روز گذشته) احساس درد داشته ای با انگشت خود، نشان دهی؟ |
| | آیا محل های دیگری هم وجود دارد که احساس درد داشته باشی؟ (در ۳۰ روز گذشته) |
| E1b | آیا در ۳۰ روز گذشته سردردی داشته ای؟ |
| | آیا می توانی هر کدام از محل هایی را که احساس سردرد داشته ای، با انگشتت نشان دهی (در ۳۰ روز گذشته)؟ |
| | آیا در محل های دیگر هم احساس سردرد داشته ای (در ۳۰ روز گذشته)؟ |
| E2 | دندان های عقبیت را کاملا روی هم قرار بده. |
| E3 | من از تو می خواهم که دهانت را به آرامی تا جایی که می توانی باز کنی، حتی اگر دردناک است، ببند، و دوباره دندان های عقبیت را کاملا روی هم قرار بده. ۲ بار دیگر تکرار کن. |
| E4a | از تو می خواهم که دهانت را تا جاییکه دردی نداری یا بدون اینکه هر دردی که الان داری افزایش پیدا کند، باز کنی. |
| E4b | از تو می خواهم دهانت را تا جایی که می توانی باز کنی حتی اگر دردناک است. آیا با این حرکت دردی را احساس کردی؟ |
| E4c | من در یک لحظه با انگشتانم سعی میکنم که دهانت را بیشتر باز کنم. اگر خواستی من را متوقف کنی، دستت را بالا بیاور و من فوراً توقف خواهم کرد. من خط کشم را قرار می دهم. حالا دهانت را تا جایی که می توانی باز کن، حتی اگر دردناک است، همانطور که قبلاً انجام دادی. لطفاً فکت را شل کن. اگر ممکن باشد من کمک میکنم که دهانت را بیشتر باز کنی. آیا زمانی که سعی کردم دهانت را با انگشتانم بیشتر باز کنم، دردی احساس کردی؟ |
| E5a | کمی باز کن، و فکت را تا جایی که میتوانی به راست حرکت بده، حتی اگر دردناک است. آیا با آن حرکت دردی احساس کردی؟ |
| E5b | کمی باز کن، و فکت را تا جایی که می توانی به چپ حرکت بده، حتی اگر دردناک است. |

| | |
|------------|--|
| E5c | کمی باز کن، و فکت را تا جایی که می توانی به جلو حرکت بده، حتی اگر دردناک است. |
| E6 | من می خواهم مفاصل فکت را از لحاظ اینکه صدایی تولید می کنند یا نه بررسی کنم. از تو هم می خواهم توجه کنی تا در آخر از تو در مورد اینکه صدایی شنیدی یا احساس کردی، سوال خواهم کرد. به آرامی تا جایی که می توانی دهانت را باز کن، حتی اگر دردناک است، و سپس به آرامی بند تا دوباره دندان های عقبیت کاملا روی هم قرار گیرند. |
| | آیا صدایی در هر یک از مفاصل فکت موقع باز یا بسته کردن، احساس کردی یا شنیدی؟ |
| | چه نوع صدایی؟ |
| | آیا زمانی که کلیک رخ داد، دردی احساس کردی؟ |
| E7 | دندان های عقبیت را کاملا روی هم قرار بده، کمی باز کن، و فک پایینت را تا جایی که می توانی به راست حرکت بده، حتی اگر دردناک است. فکت را به عقب حرکت بده و دندان های عقبیت را کاملا روی هم قرار بده. دندان های عقبیت را کاملا روی هم قرار بده، کمی باز کن، و فک پایینت را تا جایی که می توانی به چپ حرکت بده، حتی اگر دردناک است. فکت را به عقب حرکت بده و دندان های عقبیت را کاملا روی هم قرار بده. دندان های عقبیت را کاملا روی هم قرار بده، کمی باز کن، و فک پایینت را تا جایی که می توانی به جلو حرکت بده، حتی اگر دردناک است. فکت را به عقب حرکت بده و دندان های عقبیت را کاملا روی هم قرار بده. آیا در این مفصل (چپ، راست) وقتی که فکت را به جلو یا طرفین حرکت می دادی، صدایی شنیدی یا احساس کردی؟ |
| E8 | می توانی فکت را از حالت قفل خارج کنی؟ |
| E9 | الان من می خواهم به نواحی مختلف سر، صورت و فکت فشار وارد کنم، و از تو در مورد درد، درد آشنا و سردرد آشنا سوال خواهم کرد. هم چنین، از تو سوال خواهم کرد که آیا درد فقط زیر انگشت من می ماند یا در جایی دیگر، علاوه بر زیر انگشت من هم احساس می کنی؟ هر بار من فشار اعمال می کنم و برای ۵ ثانیه فشار را حفظ می کنم. |
| | کمی باز کن، و فک پایینت را به جلو حرکت بده و سپس آن را به عقب به حالت نرمالش برگردان به طوری که دندان هایت کمی از هم فاصله داشته باشند. کمی باز کن، فک پایینت را کمی به جلو حرکت بده و همانجا نگاه دار. |
| E10 | فکت را شل کن. |
| | کمی باز کن و فکت را به یک طرف حرکت بده. |
| | دهانت را باز کن. |

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

B. Maximum Unassisted Opening

mm

C. Maximum Assisted Opening

mm

D. Terminated? N Y

| | RIGHT SIDE | | | LEFT SIDE | | |
|--------------|---|---|---|--------------|---|---|
| | Pain | Familiar Pain | Familiar Headache | Pain | Familiar Pain | Familiar Headache |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |

5. Lateral and Protrusive Movements

A. Right Lateral

mm

B. Left Lateral

mm

C. Protrusion

mm

If negative

| | RIGHT SIDE | | | LEFT SIDE | | |
|--------------|---|---|---|--------------|---|---|
| | Pain | Familiar Pain | Familiar Headache | Pain | Familiar Pain | Familiar Headache |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |

6. TMJ Noises During Open & Close Movements

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

| | Examiner | | Patient | Pain w/ Click | Familiar Pain |
|----------|--|--|--|---|---|
| | Open | Close | | | |
| Click | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" 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 |

| | Examiner | | Patient | Pain w/ Click | Familiar Pain |
|----------|--|--|--|---|---|
| | Open | Close | | | |
| Click | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" 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 |

8. Joint Locking

| | RIGHT TMJ | | | |
|--------------------|--|--|--|---|
| | Locking | Reduction | | Familiar Pain |
| | | Patient | Examiner | |
| While Opening | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" 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 | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|
| | Pain | Familiar Pain | Familiar Headache | Referred Pain |
| (1 kg) | | | | |
| Temporalis (posterior) | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y |
| Temporalis (middle) | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y |
| Temporalis (anterior) | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | | <input type="radio"/> N <input checked="" 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 | | | | |
| Lateral pole (0.5 kg) | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" 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 | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|
| | Pain | Familiar Pain | Familiar Headache | Referred Pain |
| (1 kg) | | | | |
| Temporalis (posterior) | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y |
| Temporalis (middle) | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y |
| Temporalis (anterior) | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | | <input type="radio"/> N <input checked="" 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 | | | | |
| Lateral pole (0.5 kg) | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" 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 | | |
|-----------------------------|--|--|--|
| | Pain | Familiar Pain | Referred Pain |
| (0.5 kg) | | | |
| Posterior mandibular region | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y |
| Submandibular region | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y |
| Lateral pterygoid area | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" 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 | | |
|-----------------------------|--|--|--|
| | Pain | Familiar Pain | Referred Pain |
| (0.5 kg) | | | |
| Posterior mandibular region | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y |
| Submandibular region | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y |
| Lateral pterygoid area | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N <input checked="" 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. Diagnoses

- Pain Disorders**
- None
 - Myalgia
 - Myofascial pain with referral
 - Right Arthralgia
 - Left Arthralgia
 - Headache attributed to TMD

- Right TMJ Disorders**
- None
 - Disc displacement (select one)
 - ...with reduction
 - ...with reduction, with intermittent locking
 - ... without reduction, with limited opening
 - ... without reduction, without limited opening
 - Degenerative joint disease
 - Dislocation

- Left TMJ Disorders**
- None
 - Disc displacement (select one)
 - ...with reduction
 - ...with reduction, with intermittent locking
 - ... without reduction, with limited opening
 - ... without reduction, without limited opening
 - Degenerative joint disease
 - Dislocation

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)

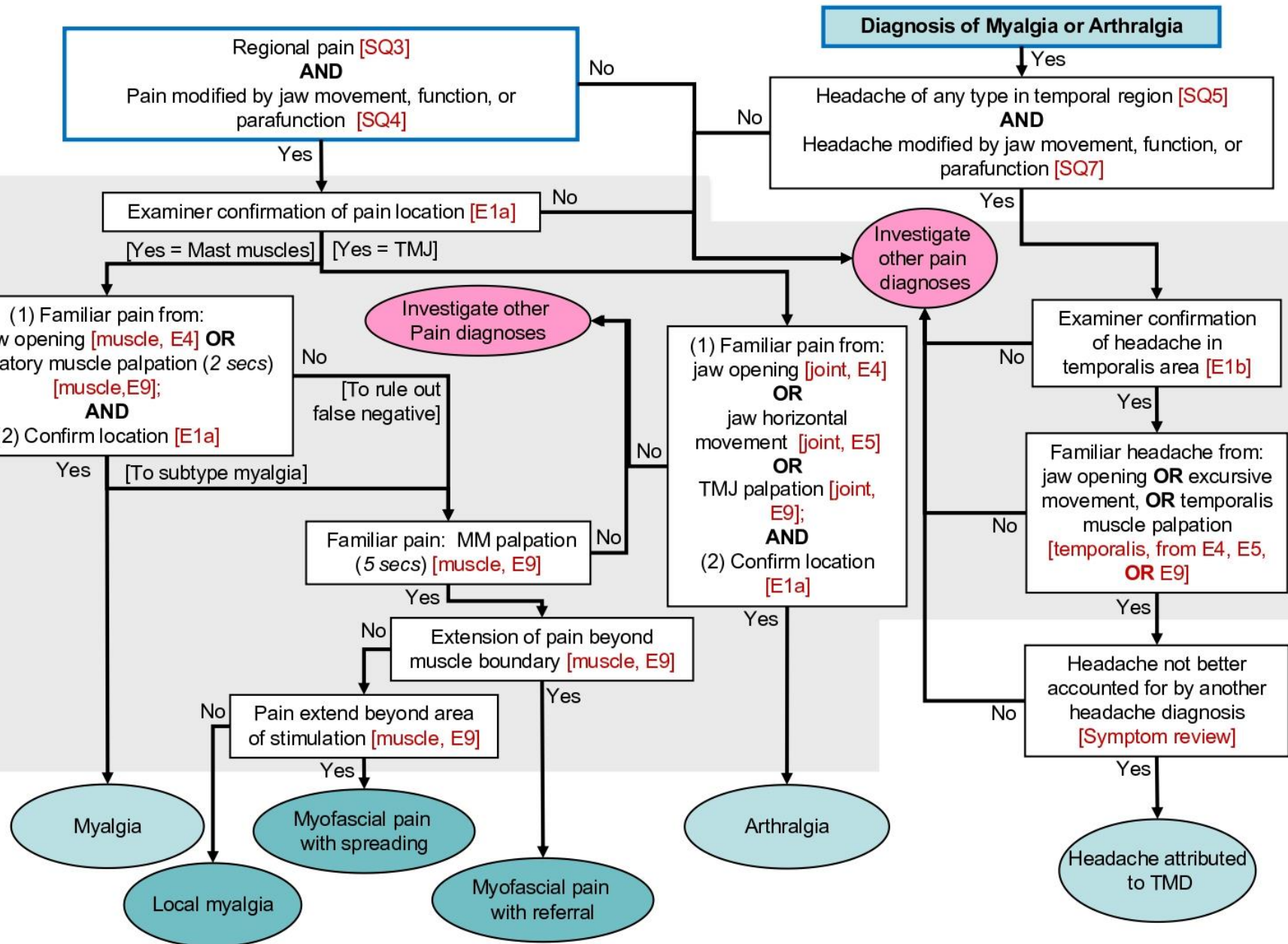
Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): Diagnostic Decision Tree

Pain-Related TMD and Headache

HISTORY
Start at each
blue-outline box

EXAMINATION

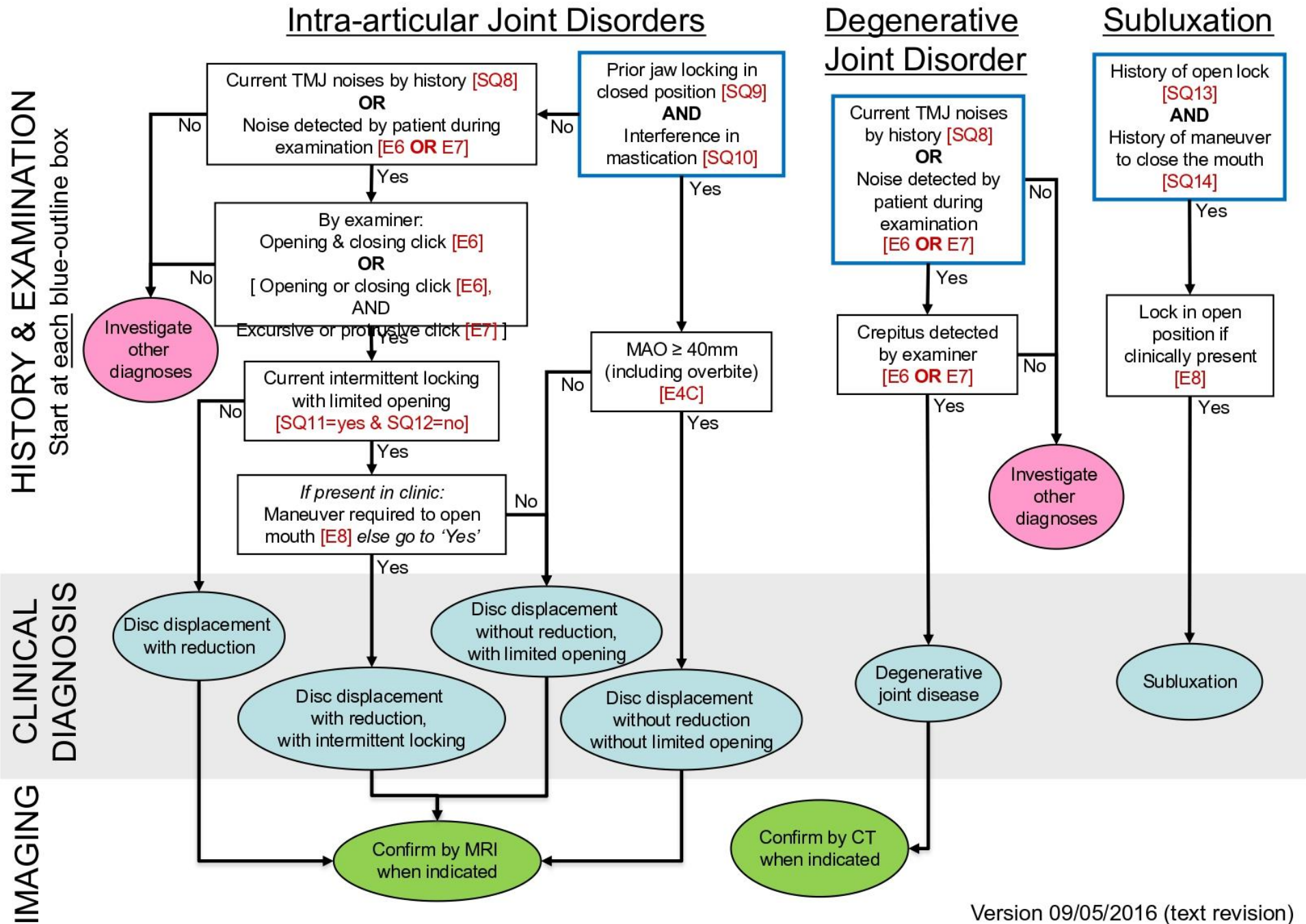
DIAGNOSIS



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



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, 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 2/6/2020

| Disorder | History | | Examination | |
|---|--|-------------|--|--|
| | Criteria | SQ | Criteria | Examination Form |
| 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 | | | | |
| <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 with Spreading</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 |

| Disorder | History | | Examination | |
|---|--|-------------|---|---|
| | Criteria | SQ | Criteria | Examination Form |
| <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: (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 | 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

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

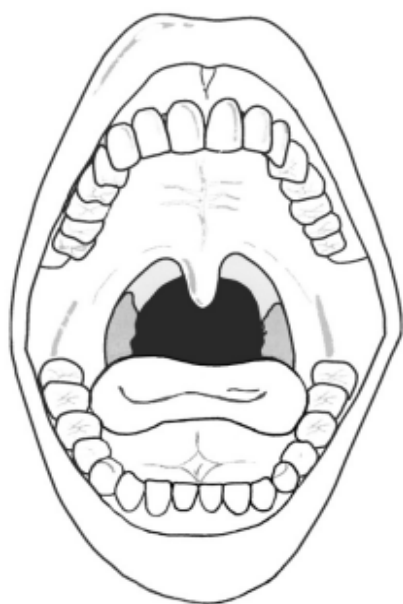
| Standard Usage | | Instrument | Source |
|----------------|----------|---|---|
| Screening | Complete | | |
| ✓ | ✓ | Pain Drawing | Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013 |
| ✓ | ✓ | Graded Chronic Pain Scale Version 2.0 | Von Korff M. Assessment of chronic pain in epidemiological and health services research: empirical bases and new directions. In: Turk DC, Melzack R, editors. Handbook of Pain Assessment, 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> |

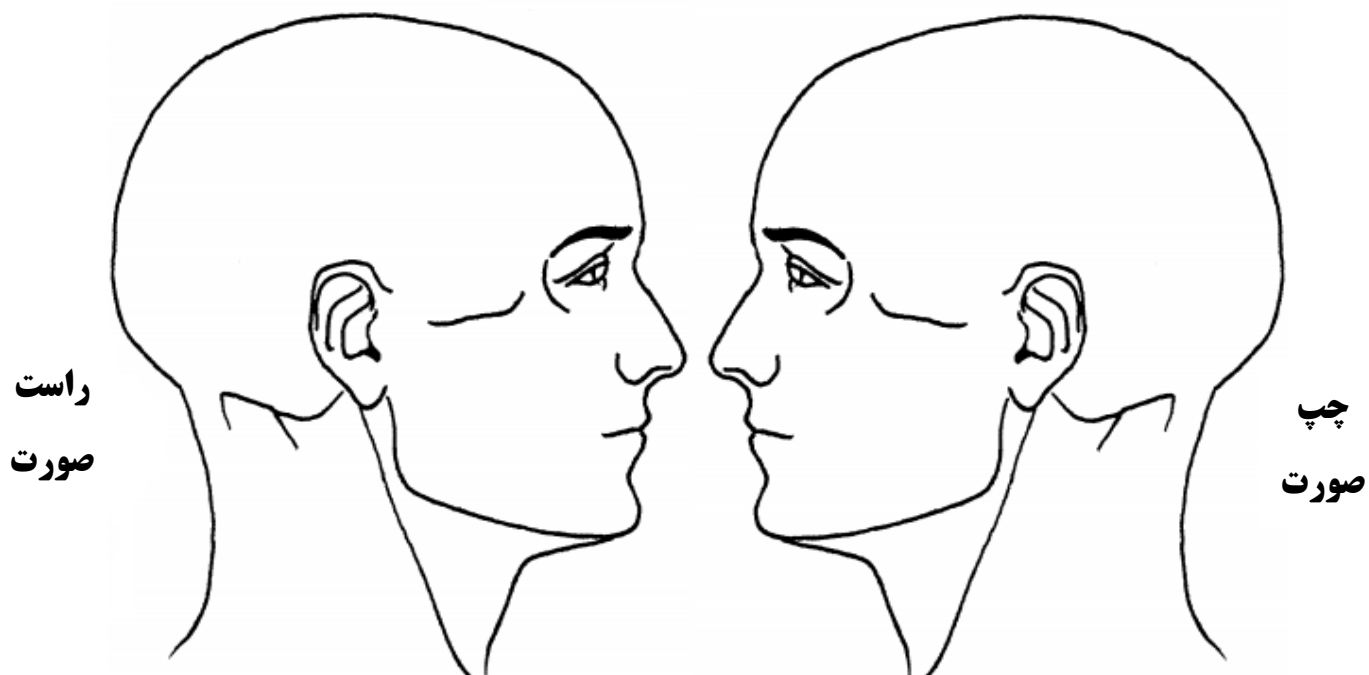
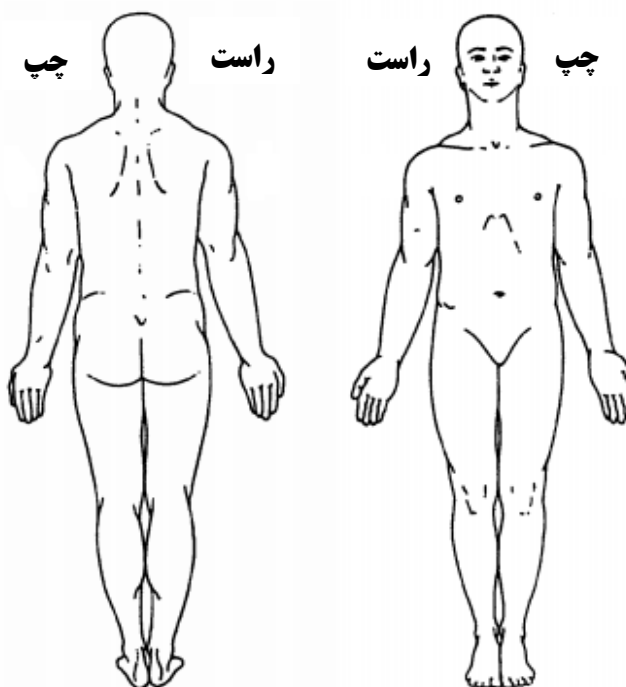
Pain Drawing

تصویر محل درد

محل همه ی دردهای مختلفی را که احساس می کنید، با سایه زدن روی تصویرهایی که مناسب تر هستند، مشخص کنید. چنانچه نقطه ای کاملاً منطبق با درد خود یافتید، آن را با علامت (●) مشخص کنید. اگر درد بین دو نقطه حرکت می کند، با استفاده از پیکان (ها) مسیر حرکت درد را ترسیم نمایید.



دهان و دندان



Graded Chronic Pain (version 2)

مقیاس درجه بندی درد مزمن

۱. در ۶ ماه گذشته شما چند روز در ناحیه صورت درد داشته اید؟ _____ روز

۲. در حال حاضر، شدت درد صورت تان را چگونه درجه بندی می کنید؟ از مقیاس ۰ تا ۱۰ استفاده کنید. (درد وجود ندارد) و ۱۰ (بدترین درد ممکن)

| درد وجود ندارد | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| بدترین درد ممکن | | | | | | | | | | |

۳. در ۳۰ روز گذشته **بدترین** مقدار دردی که در ناحیه صورت داشته اید را چگونه درجه بندی می کنید؟ از همان مقیاس استفاده کنید. (درد وجود ندارد) و ۱۰ (بدترین درد ممکن)

| درد وجود ندارد | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| بدترین درد ممکن | | | | | | | | | | |

۴. در ۳۰ روز گذشته **بطور متوسط** درد صورتتان را چگونه درجه بندی می کنید؟ از همان مقیاس استفاده کنید. (درد وجود ندارد) و ۱۰ (بدترین درد ممکن)

| درد وجود ندارد | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| بدترین درد ممکن | | | | | | | | | | |

۵. در ۳۰ روز گذشته، وجود درد صورت، چند روز شما را از **فعالیت های معمول** مانند کارهای شغلی، رفتن به مدرسه و یا انجام وظایف منزل بازداشته است؟ (عدد ۳۰ = همه روزه) _____ روز

۶. در ۳۰ روز گذشته تا چه اندازه وجود درد صورت **فعالیت های روزمره** ی شما را مختل کرده است؟ از مقیاس ۰ تا ۱۰ استفاده کنید. (اختلالی ایجاد نکرده) و ۱۰ (قادر به انجام فعالیتی نبوده ام)

| اختلالی ایجاد نکرده | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| قادر به انجام فعالیتی نبوده ام | | | | | | | | | | |

۷. در ۳۰ روز گذشته وجود درد صورت تا چه اندازه **فعالیت های تفریحی، اجتماعی و خانوادگی** شما را مختل کرده است؟ از همان مقیاس استفاده کنید. (اختلالی ایجاد نکرده) و ۱۰ (قادر به انجام فعالیتی نبوده ام)

| اختلالی ایجاد نکرده | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| قادر به انجام فعالیتی نبوده ام | | | | | | | | | | |

۸. در ۳۰ روز گذشته، وجود درد صورت، تا چه اندازه در **توانایی شما در کار کردن** شامل وظایف خانه داری، اختلال ایجاد کرده است؟ از همان مقیاس استفاده کنید. (اختلالی ایجاد نکرده) و ۱۰ (قادر به انجام فعالیتی نبوده ام)

| اختلالی ایجاد نکرده | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| قادر به انجام فعالیتی نبوده ام | | | | | | | | | | |

JFLS-8

مقیاس محدودیت عملکردی فک-۸

لطفاً برای هر یک از موارد زیر سطح محدودیتی را که در ماه گذشته داشته اید مشخص کنید. چنانچه انجام فعالیتی به دلیل سختی زیاد، برای شما غیر ممکن بوده است، عدد ۱۰ را علامت بگذارید. اگر شما به دلایل دیگری غیر از درد یا سختی فعالیت، از انجام آن پرهیز کرده اید، آن مورد را خالی بگذارید.

| محدودیت جدی داشته ام | محدودیت نداشته ام | |
|----------------------------|----------------------|---|
| ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ | ۱ ۰ | ۱. جوییدن غذای سفت مثل گوشتی که خوب پخته نشده. |
| ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ | ۱ ۰ | ۲. جوییدن جوجه (برای مثال جوجه ای که در فر پخته شده) |
| ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ | ۱ ۰ | ۳. خوردن غذاهای نرم که جوییدن نیاز ندارد (مانند سیب زمینی له شده، سس سیب، پودینگ و غذای پوره) |
| ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ | ۱ ۰ | ۴. باز کردن دهان به اندازه کافی برای نوشیدن از یک فنجان |
| ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ | ۱ ۰ | ۵. بلعیدن |
| ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ | ۱ ۰ | ۶. خمیازه کشیدن |
| ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ | ۱ ۰ | ۷. صحبت کردن |
| ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ | ۱ ۰ | ۸. لبخند زدن |

JFLS-20

مقیاس محدودیت عملکردی فک-۲۰

لطفاً برای هر یک از موارد زیر سطح محدودیتی را که در ماه گذشته داشته اید مشخص کنید. چنانچه انجام فعالیتی به دلیل سختی زیاد، برای شما غیر ممکن بوده است، عدد ۱۰ را علامت بگذارید. اگر شما به دلایل دیگری غیر از درد یا سختی فعالیت، از انجام آن پرهیز کرده اید، آن مورد را خالی بگذارید.

| محدودیت جدی داشته ام | محدودیت نداشته ام | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | |
|-------------------------|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۱. جویدن غذای سفت مثل گوشتی که خوب پخته نشده. |
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۲. جویدن نان سفت |
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۳. جویدن جوجه (برای مثال جوجه ای که در فر پخته شده) |
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۴. جویدن شیرینی خشک |
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۵. جویدن غذاهای نرم (مثل ماکارونی، کمپوت و یا میوه های نرم، سبزی پخته، ماهی) |
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۶. خوردن غذاهای نرم که جویدن نیاز ندارد (مانند سیب زمینی له شده، سس سیب، پودینگ و غذای پوره) |
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۷. باز کردن دهان به اندازه کافی برای گاز زدن یک سیب درسته |
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۸. باز کردن دهان به اندازه کافی برای گاز زدن یک ساندویچ |
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۹. باز کردن دهان به اندازه کافی برای صحبت کردن |
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۱۰. باز کردن دهان به اندازه کافی برای نوشیدن از یک فنجان |
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۱۱. بلعیدن |
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۱۲. خمیازه کشیدن |
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۱۳. صحبت کردن |
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۱۴. آواز خواندن |
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۱۵. صورت خود را خوشحال نشان دادن |
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۱۶. صورت خود را خشمگین نشان دادن |
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۱۷. اخم کردن |
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۱۸. بوسیدن |
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۱۹. لبخند زدن |
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۲۰. خندیدن |

PHQ-4

پرسشنامه سلامت بیمار - ۴

در ۲ هفته گذشته، چه مدت تحت تاثیر مشکلات زیر اذیت شده اید؟ لطفاً با علامت گذاری داخل مربع مربوطه به سؤال پاسخ دهید.

| تقریباً هر روز | بیش از نصف روزها | چند روز | ابداً | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱- احساس عصبی بودن، اضطراب یا زودرنجی |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۲- قادر به رفع نگرانی و یا کنترل آن نبوده اید |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۳- علاقه یا اشتیاق کم برای انجام کارها |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۴- احساس ناراحتی، افسردگی، یا ناامیدی |

جمع امتیازات =

| | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| اگر شما هر کدام از این مشکلات را داشته اید، تا چه اندازه وجود این مشکلات، انجام شغل شما، رسیدگی به اوضاع خانه، یا کنار آمدن با مردم را برایتان سخت کرده است؟ | | | |
| شدیداً مشکل داشته ام | خیلی مشکل داشته ام | تا اندازه ای مشکل داشته ام | ابداً مشکل نداشته ام |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PHQ-9

پرسشنامه سلامت بیمار - ۹

در ۲ هفته گذشته، چه مدت تحت تاثیر مشکلات زیر اذیت شده اید؟ لطفا با علامت گذاری داخل مربع مربوطه به سؤال پاسخ دهید.

| تقریبا هر روز ۳ | بیش از نصف روزها ۲ | چند روز ۱ | ابدا ۰ | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱- علاقه یا اشتیاق کم برای انجام کارها |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۲- احساس ناراحتی، افسردگی، یا ناامیدی |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۳- مشکل در به خواب رفتن یا از خواب پریدن، یا زیاد خوابیدن |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۴- احساس خستگی یا کم انرژی بودن |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۵- کم اشتها یا پر خوری |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۶- احساس بد درباره خود - یا احساس اینکه شما یک بازنده هستید یا خود یا خانواده تان را نا امید کرده اید. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۷- مشکل در تمرکز کردن، مثلا به هنگام خواندن روزنامه و یا تماشای تلویزیون |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۸- حرکات شما و یا صحبت کردن تان آنقدر کند بوده، بطوریکه دیگران متوجه این حالت شده اند؟ یا بالعکس، بیقرار بوده اید و دائما تحرک غیرعادی داشته اید و بی علت جابجا می شدید. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۹- فکر کردن به اینکه بهتر بود بمیرید و یا به طریقی به خودتان صدمه وارد کنید. |

جمع امتیازات =

| | | | |
|--|--|--|---|
| اگر شما هر کدام از این مشکلات را داشته اید، تا چه اندازه وجود این مشکلات، انجام شغل شما، رسیدگی به اوضاع خانه، یا کنار آمدن با مردم را برایتان سخت کرده است؟ | | | |
| شدیداً مشکل داشته ام <input type="checkbox"/> | خیلی مشکل داشته ام <input type="checkbox"/> | تا اندازه ای مشکل داشته ام <input type="checkbox"/> | ابدا مشکل نداشته ام <input type="checkbox"/> |

GAD-7

اختلال اضطراب عمومی - ۷

در ۲ هفته گذشته چه مدت تحت تاثیر مشکلات زیر اذیت شده اید؟ لطفا با علامت گذاری داخل مربع مربوطه به سؤال پاسخ دهید.

| تقریبا هر روز ۳ | بیش از نصف روزها ۲ | چند روز ۱ | ابدا ۰ | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱- احساس عصبی بودن، اضطراب یا زودرنجی |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۲- قادر به رفع نگرانی و یا کنترل آن نبوده اید |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۳- نگرانی خیلی زیاد درباره ی چیزهای مختلف |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۴- مشکل آرام شدن |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۵- آنقدر بیقراری داشته اید که بی حرکت نشستن برایتان سخت بود |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۶- به سادگی دلخور می شدید یا زود رنج بودید |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۷- احساس ترس از اینکه ممکن است اتفاق بدی پیش بیاید |
| | | | | جمع امتیازات = |

| | | | |
|---|--|--|---|
| اگر شما هر کدام از این مشکلات را داشته اید، تا چه اندازه وجود این مشکلات، انجام شغل شما، رسیدگی به اوضاع خانه، یا کنار آمدن با مردم را برای شما سخت کرده است؟ | | | |
| شدیداً مشکل داشته ام <input type="checkbox"/> | خیلی مشکل داشته ام <input type="checkbox"/> | تا اندازه ای مشکل داشته ام <input type="checkbox"/> | ابدا مشکل نداشته ام <input type="checkbox"/> |

PHQ-15

پرسشنامه سلامت بیمار – ۱۵: نشانه های فیزیکی

در ۴ هفته گذشته تا چه اندازه تحت تاثیر هر یک از مشکلات زیر اذیت شده اید؟ لطفا با علامت گذاری داخل مربع مربوطه به سؤال پاسخ دهید.

| اذیت نشدم ۰ | کمی اذیت شدم ۱ | خیلی اذیت شدم ۲ | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱- درد شکم |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۲- درد پشت |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۳- درد در بازوها، ساق ها یا مفاصل (زانوها، ران ها و غیره) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۴- گرفتگی عضلانی یا سایر ناراحتی ها در دوره قاعدگی (زنان) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۵- سردردها |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۶- درد سینه |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۷- سرگیجه |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۸- حملات غش |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۹- احساس تند زدن یا به سختی زدن قلب |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۰- نفس کم آوردن |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۱- درد یا مشکل داشتن به هنگام نزدیکی |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۲- یبوست، شل مزاجی یا اسهال |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۳- تهوع ، تولید گاز ، سوء هاضمه |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۴- احساس خستگی یا کم انرژی بودن |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۵- مشکل خواب |
| | | | جمع امتیازات = |

Oral Behaviors Checklist

چک لیست رفتار دهان و دندان

در ماه گذشته، هر کدام از فعالیت های زیر را چند بار انجام داده اید؟ چنانچه تناوب فعالیت متغیر بوده است، لطفا بیشترین تعداد را انتخاب کنید. لطفا هر بخش را با گذاشتن علامت (√) پاسخ دهید و از هیچ بخشی بدون پاسخ رد نشوید.

| ۴-۷ شب در هفته | ۱-۳ شب در هفته | ۱-۳ شب در ماه | کمتر از ۱ شب در ماه | هیچ وقت | فعالیت های حین خواب |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱- فشردن یا سائیدن دندان ها بهم حین خواب، بر اساس هر اطلاعاتی که دارید. (مثلا گزارش فردی که شما را حین خواب می بیند). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۲- طوری می خوابیدید که روی فک ها فشار وارد می شده است (مثلا روی شکم و یا به پهلو خوابیدن) |
| همیشه | بیشتر اوقات | بعضی اوقات | به ندرت | هیچ وقت | فعالیت ها در ساعات بیداری |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۳- سائیدن دندان ها روی هم در ساعات بیداری |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۴- فشردن دندان ها بر هم در ساعات بیداری |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۵- فشردن ، لمس کردن یا روی هم نگهداشتن دندان ها در مواقعی که غذا نمی خورید (تماس بین دندان های بالا و پایین) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۶- بدون فشردن یا نگه داشتن دندان ها روی هم، ماهیچه ها را در حالت فشرده یا سفت و یا تحت کشش نگه می داشتید. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۷- فک را به جلو یا به یک طرف برده یا در چنین حالتی نگه می داشتید |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۸- زبان را محکم به دندان ها بفشارید |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۹- زبان را بین دندان ها قرار داده باشید |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۰- زبان، لب یا لپ هایتان را بگزید ، بجوید یا با آن بازی کنید |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۱- فک را در وضعیت سفت یا فشرده نگه می داشتید. مثل حالتی که فک از بیرون با وسیله کمکی محافظت می شود. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۲- اشیایی مانند مو، نی، مداد، خودکار، انگشتان، ناخن ها و غیره را گاز بزنید یا بین دندان ها نگه می داشتید |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۳- از آدامس استفاده کرده باشید |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۴- نواختن وسیله موسیقی که نیاز به استفاده از دهان یا فک دارد (مانند سازهای بادی، بادی برنجی، زهی) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۵- تکیه دادن فک روی دست مثل حالتی که دست به صورت فنجانگی زیر چانه قرار گرفته یا استراحت چانه روی دست |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۶- فقط با یک طرف دهان غذا جویده باشید |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۷- بین وعده های غذایی، غذا خورده باشید (برای مثال غذایی که نیاز به جویدن دارد). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۸- صحبت کردن طولانی (برای مثال تدریس، فروشنده گی یا سرویس دادن به مشتریان) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۹- آواز خواندن |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۲۰- خمیازه کشیدن |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۲۱- تلفن را بین سر و شانه نگه داشته باشید. |