

Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments (Hungarian)



Editor: Richard Ohrbach

Version: 20Jan2014

www.rdc-tmdinternational.org

A temporomandibuláris rendellenességek diagnosztikai kritériumrendszere: klinikai vizsgálat és kérdőívek (DC/TMD)

Hungarian translation by

István Somoskövi DMD

Andrea Radácsi DMD

Márta Radnai DMD, PhD

Collaborators

Gábor Rébék-Nagy BA, MA, MSc, PhD

István Tiringi PhD

Kimberley Davies

Department of Dentistry, Oral and Maxillofacial Surgery
University of Pécs Medical School
Hungary

Accepted September 19th, 2017 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
Demographics.....	14
Examination: Pain-related Interview and Examiner Commands	16
Clinical Examination Form (FDI; English).....	25
Diagnosis	28
Decision Tree (English).....	29
Diagnostic Criteria Table (English).....	32
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 (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	10
Axis I: All clinical forms	12, 15, 26
Axis I: Pain-related Interview and Examiner Commands	17-24
Axis I: Diagnostic trees and criteria tables	30, 31, 33-36
Axis II: Screening	40, 42, 44, 48, 56
Axis II: Comprehensive	40, 42, 46, 50, 52, 54, 56

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. [A temporomandibuláris rendellenességek diagnosztikai kritériumrendszere: klinikai vizsgálat és kérdőívek (DC/TMD): Hungarian Version 19Sept2017]. Somoskövi I, Radácsi A, Radnai M 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. [A temporomandibuláris rendellenességek diagnosztikai kritériumrendszere: klinikai vizsgálat és kérdőívek (DC/TMD): Hungarian Version 19Sept2017]. Somoskövi I, Radácsi A, Radnai M 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. [A temporomandibuláris rendellenességek diagnosztikai kritériumrendszere: klinikai vizsgálat és kérdőívek (DC/TMD): Hungarian Version 19Sept2017]. Somoskövi I, Radácsi A, Radnai M 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. [A temporomandibuláris rendellenességek diagnosztikai kritériumrendszere: klinikai vizsgálat és kérdőívek (DC/TMD): Hungarian Version 19Sept2017]. Somoskövi I, Radácsi A, Radnai M 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

TMD-FÁJDALOM SZŰRŐLAP

1. Az elmúlt 30 napban előfordult-e bármilyen fájdalom az állkapcsa vagy halántéka területén bármelyik oldalon?
 - a. Nem volt fájdalom
 - b. Néha van fájdalom, máskor nincs
 - c. Állandó fájdalom van

2. Az elmúlt 30 napban érzett-e fájdalmat vagy merevséget az állkapcsában ébredéskor?
 - a. Nem
 - b. Igen

3. Az elmúlt 30 napban az alábbi tevékenységek során változott-e a fájdalom (akár enyhült, akár súlyosbodott) melyet az állkapcsában vagy halántékán érzett, bármelyik oldalon?
 - A. Kemény vagy rágós ételek rágása
 - a. Nem
 - b. Igen

 - B. Szájnyitás, vagy az állkapocs előre vagy oldalra mozgatása
 - a. Nem
 - b. Igen

 - C. Állkapcsát érintő szokások, úgy, mint fogak zárt helyzetben tartása, összeszorítása, csikorgatása vagy rágógumi rágása
 - a. Nem
 - b. Igen

 - D. Olyan állkapcsot érintő tevékenységek, mint beszéd, csókolózás vagy ásítás
 - a. Nem
 - b. Igen

Symptom Questionnaire

DC-TMD Tüneti kérdőív

Páciens neve _____ Dátum _____

FÁJDALOM

1. Érzett Ön valaha fájdalmat az állkapcsában, halántékán, fülében vagy a füle előtti területen bármelyik oldalon? **Nem**
 Igen

Ha Nemmel válaszolt, ugorjon az 5. kérdéshez!

2. Hány éve vagy hónapja kezdődött a fájdalma az állkapcsában, halántékán, _____ év _____ hónap fülében vagy a fül előtti területen?

3. Az elmúlt 30 napban, az alábbiak közül melyik írja le legjobban a fájdalmat, amit az állkapcsában, halántékában, fülében, vagy a fül előtti területen érzett, bármelyik oldalon?
- Nem volt fájdalom
- Néha van fájdalom, máskor nincs

EGY választ jelöljön meg!

- Állandó fájdalom

Ha „Nem volt fájdalom” a válasza, ugorjon az 5. kérdéshez!

4. Az elmúlt 30 napban változtattak-e az alábbi tevékenységek (akár enyhítettek, akár súlyosbítottak) az állkapcsában vagy halántékán, fülében vagy a füle előtt érzett fájdalmán, bármelyik oldalon?

	Nem	Igen
A. Kemény vagy rágós ételek rágása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Szájnyitás, vagy az állkapocs előre vagy oldalra mozgatása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Állkapcsát érintő szokások, úgy, mint fogak zárt helyzetben tartása, összeszorítása, csikorgatása, vagy rágógumi rágása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Olyan állkapcsot érintő tevékenységek, mint beszéd, csókolózás vagy ásítás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FEJFÁJÁS

5. Az elmúlt 30 napban volt Önnek bármilyen fejfájása, mely érintette a halánték területét? **Nem**
 Igen

Ha „Nem” a válasza az 5. kérdésre, ugorjon a 8. kérdéshez!

6. Hány éve vagy hónapja jelentkezett először a halántéktáji fejfájása? _____ év _____ hónap

7. Az elmúlt 30 napban az alábbi tevékenységek változtattak-e (akár enyhítettek, akár súlyosbítottak) a halántéktáji fejfájáson, bármelyik oldalon?

	Nem	Igen
A. Kemény vagy rágós ételek rágása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Szájnyitás, vagy az állkapocs előre vagy oldalra mozgatása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Állkapcsát érintő szokások, úgy, mint fogak zárt helyzetben tartása, összeszorítása, csikorgatása, vagy rágógumi rágása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Olyan állkapcsot érintő tevékenységek, mint beszéd, csókolózás vagy ásítás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÁLLKAPOCS-ÍZÜLETI HANGOK

Orvos tölti ki

- | | Nem | Igen | J | B | ? |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Az elmúlt 30 napban tapasztalt-e bármilyen állkapocs ízületi hangot, amikor az állkapcsát mozgatta vagy használta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ZÁRT HELYZETBEN AKADÁS

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Előfordult-e korábban, hogy az állkapcsa beragadt vagy beakadt, és akárcsak egy pillanattig is <u>nem tudta</u> TELJESEN kinyitni a száját? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Ha „Nem” a válasza a 9. kérdésre, ugorjon a 13. kérdéshez!

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Volt-e annyira súlyos az állkapocs beakadása vagy beragadása, hogy az korlátozta a szájnýtását vagy akadályozta az étkezésben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Az elmúlt 30 napban előfordult-e, hogy az állkapcsa akárcsak egy pillanatra is úgy beragadt, hogy száját <u>nem tudta</u> TELJESEN kinyitni, majd a szájára oldódott és ekkor már TELJESEN ki tudta nyitni? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Ha „Nem” a válasza a 11. kérdésre, ugorjon a 13. kérdéshez!

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Jelenleg be van-e ragadva annyira az állkapcsa, vagy korlátozott-e a szájnýtása, hogy <u>nem tudja</u> TELJESEN kinyitni a száját? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

NYITOTT HELYZETBEN AKADÁS

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Előfordult-e az elmúlt 30 napban, hogy amikor nagyra nyitotta a száját, akkor nyitott helyzetben szorult vagy kiakadt az állkapcsa akárcsak egy pillanatra is, és ebből a nagyra nyitott helyzetből <u>nem tudott összecsupkni</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Ha „Nem” a válasza a 13. kérdésre, akkor befejezte a kérdőívet.

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. Az elmúlt 30 napban, amikor az állkapcsa nagyra nyitott helyzetben szorult vagy kiakadt, kellett-e tennie valamit, hogy össze tudja csukni (pihentetés, mozgítás, nyomkodás, helyreirányítás)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Demographics

DC/TMD: Demográfia

1. Mi az Ön jelenlegi családi állapota?

Házas

Élettársi viszonyban él

Elvált

Különélő

Özvegy

Nem volt még házas

2. Mi az Ön nemzetisége?

Magyar

Egyéb

3. Milyen rasszhoz sorolja Ön magát? Jelölje meg az összes Önre vonatkozót!

Fehér

Fekete vagy afro-amerikai

Ázsiai

Egyéb

4. Mi az Ön legmagasabb iskolai végzettsége?

Általános iskola 8. évfolyamnál alacsonyabb

Általános iskola 8. évfolyam

Középfokú iskola érettségi nélkül, szakmai oklevéllel

Érettségi

Egyetem, főiskola stb. szakmai oklevéllel

5. Mennyi az Ön jelenlegi nettó havi jövedelme?

Kérjük, minden jövedelem forrását számítsa be (munkabér, egyéb jövedelem, befektetésből származó jövedelem, szociális és gyermekek után járó juttatások stb.)!

0-49.999 Ft

50.000-99.999 Ft

100.000-199.999 Ft

200.000-349.999 Ft

350.000-499.999 Ft

500.000 Ft felett

Examination: Pain-related Interview and Examiner Commands

8 Betegvizsgálati utasítások

8.1 Bevezetés

Az betegvizsgálat során szó szerint követendő utasítások találhatóak ebben a fejezetben. Ezek a teljes betegvizsgálati leírás (Section 4) részét képezik, itt pedig a vizsgálat pontos végrehajtásához, magyar nyelven olvashatók.

8.2 Vizsgálathoz kapcsolódó fájdalom felmérése

A számozás megfelel a 6. fejezetben (Section 6, Examination-Related Pain Interview) találhatóak.

6.2.1 A mozgás által kiváltott fájdalomhoz

- Érzett-e fájdalmat ennél a mozgásnál?**
- HA IGEN:
- Rá tudna-e mutatni az ujjával minden egyes területre, ahol fájdalmat érzett?**
- Van-e bármilyen más terület, ahol Ön fájdalmat érzett ennél a mozgásnál? Mutasson rá [az ujjával] ezekre a területekre!**

Folytassa az Ismerős fájdalom felmérésénél!

6.2.2 A tapintás által kiváltott fájdalomhoz

- Érzett-e fájdalmat [azon a területen, amire nyomást gyakoroltam]?**
- HA IGEN: Folytassa az Ismerős fájdalom felmérésénél!

6.2.3 A kattanáshoz kapcsolódó fájdalomhoz

- Fájdalmas volt ez a kattanás?**
- HA IGEN: Folytassa az Ismerős fájdalom felmérésénél!

6.2.4 Ismerős fájdalom felmérése

- Hasonlít-e ez a fájdalom ahhoz, melyet ezen a területen tapasztalt az elmúlt 30 nap során?**
- HA IGEN: **Mihez hasonlít ez a fájdalom?**
- HA A TEMPORALIS TERÜLET POZITÍV: **Hasonlít-e ez a fájdalom ahhoz a fejfájáshoz, amit ezen a területen az elmúlt 30 nap során érzett?**
- A vizsgáló ellenőrzi, hogy a területek, ahol a páciens az elmúlt 30 napban fájdalmat érzett, egybeesnek az ismerős fájdalom helyével.

6.2.5 Kisugárzó fájdalom felmérése

- Csak az ujjam alatt érezte a fájdalmat, vagy máshol is érezte [fejének, arcának vagy állkapcsának más területein]?**
- [Mutassa meg nekem, hol érezte a fájdalmat!] Mutasson rá az ujjával minden egyes területre, ahol most fájdalmat érzett [amikor megnyomtam]!**
- Érezte bárhol máshol is?**

8.3 A vizsgálathoz szükséges részek az 5. fejezetből (Section 5): Teljes Betegvizsgálati Utasítások

ÚTMUTATÓ A TÁBLÁZATHOZ: A félkövér betűvel írt "Szóbeli Utasítások"-at szó szerint kell használni. A szó szerinti utasítások mellett további magyarázat (hétköznapi szavakkal) használható a vizsgálat megfelelő végrehajtása érdekében. A "Szóbeli Utasítások" oszlopban lévő üresen hagyott sorok azt jelzik, hogy ezeknél a lépéseknél elégséges a hétköznapi nyelv használata. A nem félkövér betűvel szedett szöveg szintén a hétköznapi nyelv használatára mutat példát az adott beavatkozás esetében. A "Szóbeli Utasítások" alatt található <nincs> felirat azt jelzi, hogy az adott lépésnél nincs szükség szóbeli utasításra a vizsgáló személy részéről.

LÉPÉS	SZÓBELI UTASÍTÁS
E1. A fájdalom és fejfájás lokalizációjának felmérése	
<i>Páciens adatainak feljegyzése</i>	<nincs>
<i>Útmutatások a páciensnek</i>	<p>Mielőtt elkezdem a vizsgálatot, szeretnék egy pár dolgot megbeszélni Önnel.</p> <p>A fájdalomról fogok kérdezni és csak Ön tudja megmondani, hogy érez-e fájdalmat vagy sem. Amikor a fájdalomról kérdezem, azt kérem, hogy vagy igennel, vagy nemmel válaszoljon, ha pedig nem biztos benne, akkor az igen és nem közül azt, amelyik a legközelebb áll a valósághoz.</p> <p>Ha érez fájdalmat, akkor meg fogom kérdezni, hogy ez a fájdalom ismerős-e. Az ismerős fájdalom az a fájdalom, amelyet, vagy amihez hasonlót érzett ugyanazon a testtájon az elmúlt 30 nap során.</p> <p>Ha a halántékán érez fájdalmat, akkor meg fogom kérdezni, hogy ez a fájdalom hasonló-e ahhoz a fejfájáshoz, amit a halánték területén érzett az elmúlt 30 nap során, bármilyen enyhe is volt az.</p>
<i>Vizsgált anatómiai képletek</i>	<p>A vizsgálat céljából szeretném kideríteni, hogy van-e fájdalma ezeken a területeken...</p> <p>...és a száján belül.</p>
<i>E1a Fájdalom lokalizációja az elmúlt 30 napban</i>	<p>Az elmúlt 30 nap során érzett fájdalmat ezeken a területeken [amiket megérintettem]?</p> <p>HA „IGEN”:</p> <p>Rá tudna mutatni az ujjával minden egyes területre, ahol fájdalmat érzett [az elmúlt 30 nap során]?</p> <p>Van-e bármilyen más terület, ahol érzett fájdalmat [az elmúlt 30 nap során]?</p>
<i>E1b Fejfájás lokalizációja az elmúlt 30 napban</i>	<p>Az elmúlt 30 nap során volt-e fejfájása, bármilyen enyhe is volt az?</p> <p>HA „IGEN”:</p> <p>Rá tudna mutatni az ujjával minden egyes területre, ahol érzett fejfájást [az elmúlt 30 napban]?</p> <p>Van-e bármilyen más terület, ahol érzett fejfájást [az elmúlt 30 napban]?</p>

LÉPÉS	SZÓBELI UTASÍTÁS
E2. Metszőfog-viszony	
<i>Az alsó és felső referencia-fogak kiválasztása</i>	Ceruzával megjelölöm a fogait. A jelöléseket a vizsgálat végén el fogom távolítani.
<i>Referencia vonal – függőleges túlharapás</i>	Zárja össze teljesen a hátsó fogait!
<i>Referencia vonal – alsó referencia középvonal</i>	[Zárja össze teljesen a hátsó fogait!]
<i>Vízszintes metszőfog túlharapás</i>	[Zárja össze teljesen a hátsó fogait!]
<i>Függőleges metszőfog túlharapás</i>	<Kérje meg a páciens, hogy nyisson annyira, hogy a függőleges túlharapást mérni lehessen!>
E3. Nyitási minta (kiegészítő)	
<i>Kiindulási helyzet</i>	Zárja össze teljesen a hátsó fogait!
<i>Nyitási minta</i>	Kérem, nyissa ki lassan a száját amennyire csak tudja, akkor is, ha ez fájdalmas! Csukjon, és újra zárja össze teljesen a hátsó fogait! Ismételje meg kétszer!
E4. Nyitási mozgások	
4A. FÁJDALOM NÉLKÜLI NYITÁS	
<i>Kiindulási helyzet</i>	[Helyezze állkapcsát kényelmes helyzetbe!]
<i>Vonalzó pozíció a vertikális mozgások méréséhez</i>	<nincs>
<i>E4A Fájdalom nélküli nyitás</i>	Kérem nyissa ki a száját annyira, amennyire azt fájdalom nélkül meg tudja tenni, vagy anélkül, hogy az a meglévő fájdalmát növelné!
4B. MAXIMÁLIS, SEGÍTSÉG NÉLKÜLI NYITÁS	
<i>Kiindulási helyzet</i>	[Helyezze állkapcsát kényelmes helyzetbe!]
<i>E4B Maximális, segítség nélküli nyitás</i>	Kérem nyissa ki a száját amennyire csak tudja, akkor is, ha ez fájdalmas!
<i>E4B Vizsgálatot követő fájdalom</i>	Érzett bármilyen fájdalmat a mozgás közben?
4C. MAXIMÁLIS NYITÁS SEGÍTSÉGGEL	

LÉPÉS	SZÓBELI UTASÍTÁS
<i>Kiindulási helyzet</i>	[Helyezze állkapcsát kényelmes helyzetbe!]
<i>Utasítások</i>	Mindjárt megpróbálom [ha lehetséges] az ujjaimmal nagyobbra nyitni a száját. Ha azt akarja, hogy megálljak, akkor emelje fel a kezét és én azonnal megállok.
<i>E4C Maximális nyitás segítséggel</i>	Ide helyezem a vonalzót. [szünet] Most nyissa ki [a száját] annyira, amennyire csak tudja, akkor is ha fájdalmas, úgy, mint az előbb! [szünet] Érezni fogja az ujjaimat. Kérem lazítsa el az állkapcsát, hogy segíteni tudjak nagyobbra nyitni, ha lehetséges! [szünet]
<i>E4C Vizsgálatot követő fájdalom</i>	Érzett bármilyen fájdalmat, amikor az ujjaimmal nagyobbra próbáltam nyitni a száját?

LÉPÉS	SZÓBELI UTASÍTÁS
4D. MAXIMÁLIS NYITÁS SEGÍTSÉGGEL - MEGSZAKÍTVÁ	
E4D Nyitás megszakítva	<nincs>
E5. Lateralis és protrusió mozgások	
5A. JOBB OLDALI KITÉRÉS	
Jobb oldali kitérés	Kissé nyisson és mozdítsa az állkapcsát jobbra, amennyire csak tudja, akkor is, ha ez fájdalmas! Tartsa az állkapcsát ebben a helyzetben, amíg a mérést elvégzem!
E5A Mérés	<nincs>
Állkapocs visszatérése	
E5A Kitérést követő fájdalom	Érzett-e fájdalmat ennél a mozgásnál, bármilyen enyhe is volt az?
5B. BAL OLDALI KITÉRÉS	
Bal oldali kitérés	Kissé nyisson és mozdítsa az állkapcsát balra, amennyire csak tudja, akkor is, ha ez fájdalmas! Tartsa az állkapcsát ebben a helyzetben, amíg a mérést elvégzem!
E5B Mérés	<nincs>
Állkapocs visszatérése	
E5B Kitérést követő fájdalom	Érzett-e fájdalmat ennél a mozgásnál, bármilyen enyhe is volt az?
5C. PROTRUSIO	
Protrusió kitérés	Kissé nyisson és mozdítsa az állkapcsát előre, amennyire csak tudja, akkor is, ha ez fájdalmas! Tartsa az állkapcsát ebben a helyzetben, amíg a mérést elvégzem!
E5C Mérés	<nincs>
Állkapocs visszatérése	
E5C Kitérést követő fájdalom	Érzett-e fájdalmat ennél a mozgásnál, bármilyen enyhe is volt az?

LÉPÉS	SZÓBELI UTASÍTÁS
E6. TMI hangok a nyitó és záró mozgások során	
<i>Kezek pozícionálása az ízületi hang tapintásához</i>	<nincs>
<i>Ízületi hanggal kapcsolatos útmutató</i>	Meg fogom vizsgálni az állkapocs ízületeket, hogy azok adnak-e valamilyen hangot. Kérem, hogy Ön is figyeljen, mivel a végén meg fogom kérdezni, hogy Ön hallott, vagy érzett-e hangot, bármilyen kicsi is volt az! [Figyeljen mindkét ízületre!]
<i>Állkapocs teljes zárása</i>	Zárja össze teljesen a hátsó fogait!
<i>Vizsgáló ellenőrzi a nyitási és zárási hangokat</i>	Lassan nyisson amennyire csak tud, akkor is ha ez fájdalmas, majd lassan csukjon össze amíg a hátsó fogai újra teljesen össze nem érnek! Ismételje meg ezt még kétszer!
<i>Páciens kérdezése az ízületi hangokról</i>	Hallott, vagy érzett-e hangokat bármelyik állkapocs ízületben, amikor nyitott vagy csukott? Milyen jellegű hangot?
<i>Fájdalom ellenőrzése</i>	HA A PÁCIENS KATTANÁSRÓL SZÁMOL BE: Érzett-e fájdalmat, bármilyen enyhe is volt az, amikor ez a kattánás jelentkezett?
E7. TMI hangok a laterális és protrúziós mozgások során	
<i>Általános</i>	<nincs>
<i>Ízületi hangok: laterális és protrúziós mozgások</i>	[Hajtsa végre a következő eljárások mindegyikét először a jobb ízület vizsgálatánál, majd a bal ízületnél! Tájékoztassa a páciens, hogy melyik ízületre koncentráljon!] Zárja össze teljesen a hátsó fogait, nyisson kissé és mozdítsa jobbra az állkapcsát amennyire csak tudja, akkor is ha ez fájdalmas! Mozdítsa vissza az állkapcsát és zárja össze teljesen a hátsó fogait! Ismételje meg ezt még kétszer! Zárja össze teljesen a hátsó fogait, nyisson kissé és mozdítsa balra az állkapcsát amennyire csak tudja, akkor is ha ez fájdalmas! Mozdítsa vissza az állkapcsát és zárja össze teljesen a hátsó fogait! Ismételje meg ezt még kétszer! Zárja össze teljesen a hátsó fogait, nyisson kissé és mozdítsa előre az állkapcsát amennyire csak tudja, akkor is ha ez fájdalmas! Mozdítsa vissza az állkapcsát és zárja össze teljesen a hátsó fogait! Ismételje meg ezt még kétszer!
<i>Páciens kérdezése az ízületi hangokról</i>	Hallott, vagy érzett hangokat, bármilyen kicsiket, ebben a(z) [jobb, bal] ízületben, amikor az állkapcsát előre vagy oldalra mozgatta? Milyen jellegű hangot?

LÉPÉS	SZÓBELI UTASÍTÁS
<i>Fájdalom ellenőrzése</i>	HA A PÁCIENS KATTANÁSRÓL SZÁMOL BE: Érzett-e fájdalmat, bármilyen enyhe is volt az, amikor ez a kattánás jelentkezett?
E8. Ízület akadása	
<i>Akadás: zárt</i>	Ki tudja szabadítani az állkapcsát?
<i>Akadás: nyitott</i>	Vissza tudja ugrasztani az állkapcsát?
E9. Izom és ízületi fájdalom tapintás során	
<i>Bevezetés</i>	<p>Most meg fogok nyomni különböző területeket a fején, arcán és állkapcsán, és kérdezni fogom a fájdalomról, ismerős fájdalomról és ismerős fejfájásról.</p> <p>Ezen kívül meg fogom kérdezni, hogy a fájdalmat csak az ujjam alatt érzi, vagy érzi valahol máshol is, mint az ujjam alatt.</p> <p>A „fájdalom?“, „ismerős fájdalom?“, „ismerős fejfájás?“, „csak az ujjam alatt?“ szavakkal fogok rákérdezni.</p> <p>[A „kisugárzik-e bármerre máshova?“ rákérdezés is használható a „csak az ujjam alatt“ helyett, ha a vizsgáló ezt részesíti előnyben.]</p> <p>Minden alkalommal nyomást fogok gyakorolni, amit 5 másodpercig tartok.</p>
<i>Kalibrálás</i>	<nincs>
<i>M. temporalis & masseter</i>	<nincs>
<i>Kalibrálás</i>	<nincs>
<i>TMI: lateralis pólus</i>	Kissé nyisson és mozgassa az alsó állkapcsát előre, majd mozgassa vissza a normál helyzetbe kissé nyitott fogak mellett!
<i>Kalibrálás</i>	<nincs>
<i>TMI: lateralis pólus körül</i>	Kissé nyisson és mozgassa az alsó állkapcsát előre egy kicsit, majd tartsa ott!
E10. Kiegészítő tapintási régiók	
<i>Kalibrálás</i>	<nincs>
<i>Hátsó mandibularis régió</i>	Lazítsa el az állkapcsát!
<i>Submandibularis régió</i>	Lazítsa el az állkapcsát!
<i>M. pterygoideus lateralis területe</i>	Kissé nyisson és mozgassa oldalra az állkapcsát!
<i>M. temporalis ina</i>	Nyissa ki a száját!

LÉPÉS	SZÓBELI UTASÍTÁS
E11. Vizsgáló megjegyzései	
<i>Vizsgáló megjegyzések</i>	<nincs>
VÉGE A DC/TMD BETEGVIZSGÁLATNAK	

This document was extracted from:

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

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

Clinical Examination Form (FDI; English)

6. TMJ Noises During Open & Close Movements

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

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

7. TMJ Noises During Lateral & Protrusive Movements

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

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

8. Joint Locking

RIGHT TMJ			
	Locking	Reduction	
		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
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

LEFT TMJ			
	Locking	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
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

9. Muscle & TMJ Pain with Palpation

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

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

10. Supplemental Muscle Pain with Palpation

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

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

11. Diagnoses

- | Pain Disorders |
|---|
| <input type="radio"/> None |
| <input type="radio"/> Myalgia |
| <input type="radio"/> Myofascial pain with referral |
| <input type="radio"/> Right Arthralgia |
| <input type="radio"/> Left Arthralgia |
| <input type="radio"/> Headache attributed to TMD |

- | Right TMJ Disorders |
|--|
| <input type="radio"/> None |
| <input type="radio"/> Disc displacement (select one) |
| <input type="radio"/> ...with reduction |
| <input type="radio"/> ...with reduction, with intermittent locking |
| <input type="radio"/> ... without reduction, with limited opening |
| <input type="radio"/> ... without reduction, without limited opening |
| <input type="radio"/> Degenerative joint disease |
| <input type="radio"/> Subluxation |

- | Left TMJ Disorders |
|--|
| <input type="radio"/> None |
| <input type="radio"/> Disc displacement (select one) |
| <input type="radio"/> ...with reduction |
| <input type="radio"/> ...with reduction, with intermittent locking |
| <input type="radio"/> ... without reduction, with limited opening |
| <input type="radio"/> ... without reduction, without limited opening |
| <input type="radio"/> Degenerative joint disease |
| <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, Ettlin D, Gaul C, Goldberg LJ, Haythornthwaite J, Hollender L, Jensen R, John MT, deLaat A, deLeeuw R, Maixner W, van der Meulen M, Murray GM, Nixdorf DR, Palla S, Petersson A, Pionchon P, Smith B, Visscher C, Zakrzewska J, and Dworkin SF (2014). <i>Journal of Oral & Facial Pain and Headache</i> 28:6-27.</p> <p>Figure Version: January 24, 2014</p>
<p>Diagnostic Criteria Table, as based on published criteria</p>	<p>The Diagnostic Criteria Table was created for the Consortium website and community, and reside in the public domain. Their scientific linkage, however, is to the following:</p> <p>Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group**</p> <p>Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, List T, Svensson P, Gonzalez Y, Lobbezoo F, Michelotti A, Brooks S, Ceusters W, Drangsholt M, Ettlin D, Gaul C, Goldberg LJ, Haythornthwaite J, Hollender L, Jensen R, John MT, deLaat A, deLeeuw R, Maixner W, van der Meulen M, Murray GM, Nixdorf DR, Palla S, Petersson A, Pionchon P, Smith B, Visscher C, Zakrzewska J, and Dworkin SF (2014). <i>Journal of Oral & Facial Pain and Headache</i> 28:6-27.</p> <p>Table Version: October 23, 2015</p>

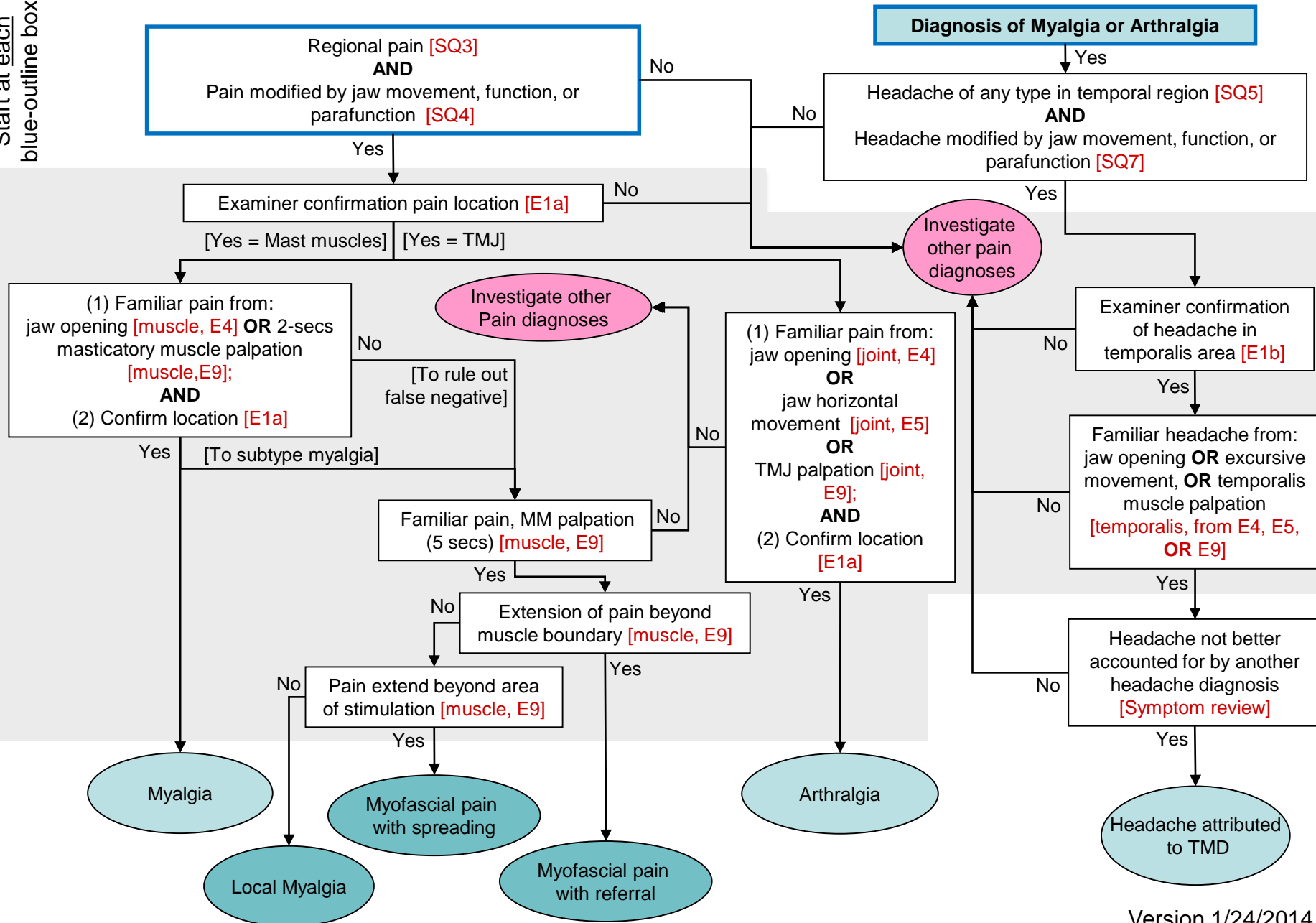
Decision Tree (English)

Pain-Related TMD and Headache

HISTORY
Start at each
blue-outline box

EXAMINATION

DIAGNOSIS



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

Intra-articular Joint Disorders

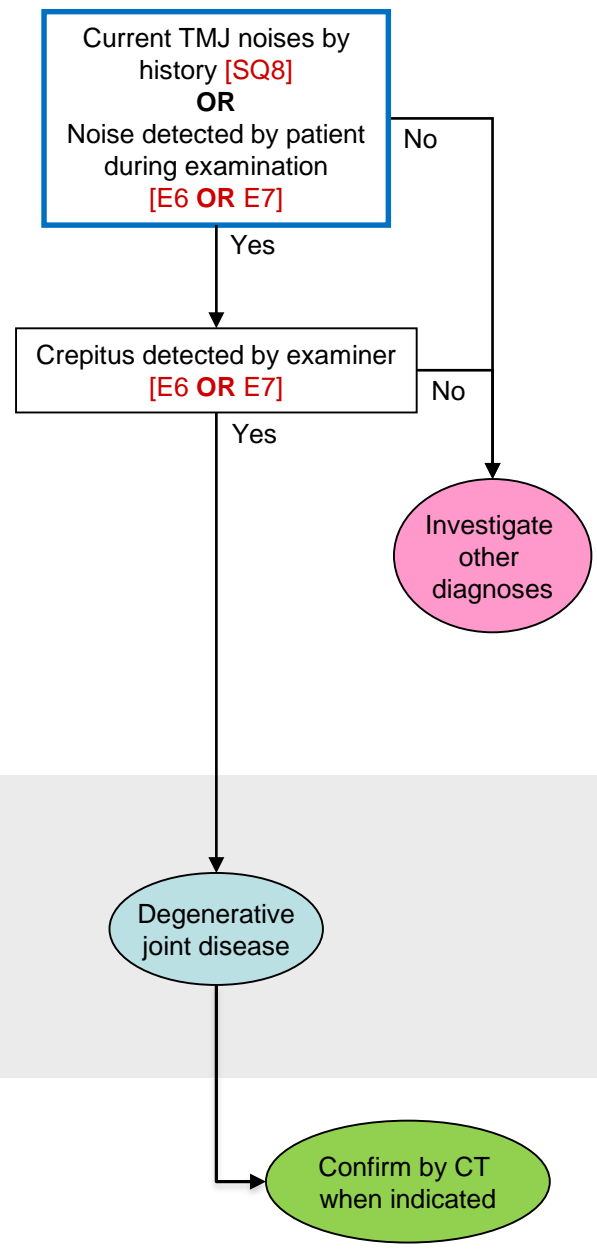
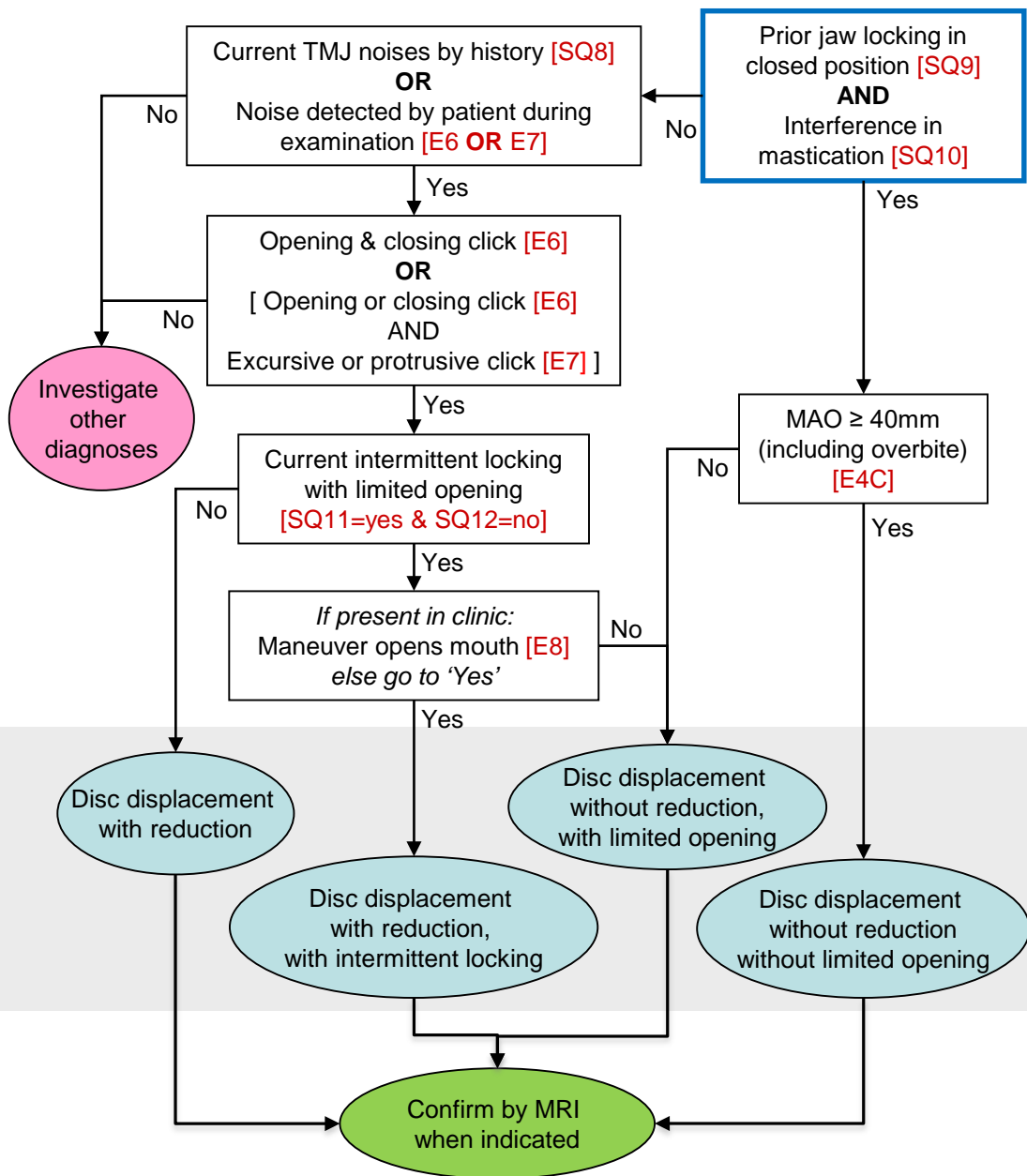
Degenerative Joint Disorder

HISTORY & EXAMINATION

Start at each blue box

CLINICAL DIAGNOSIS

IMAGING



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 10/23/2015

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

<i>Disorder</i>	<i>History</i>		<i>Examination</i>	
	<i>Criteria</i>	<i>SQ</i>	<i>Criteria</i>	<i>Examination Form</i>
<u>Myofascial Pain with Referral</u> (ICD-9 729.1) <ul style="list-style-type: none"> • Sens 0.86 • Spec 0.98 	[same as for Myalgia]	[SQ3 & SQ4]	Confirmation of pain in masticatory muscle(s)	E1a
			Familiar pain with muscle palpation	E9: familiar pain in masseter or temporalis; or E10: familiar pain in supplemental muscles, if E10 included
			Referred pain with muscle palpation	E9: positive referred pain; or E10: positive referred pain, if E10 included
Arthralgia (ICD-9 524.62) <ul style="list-style-type: none"> • Sens 0.89 • Spec 0.98 	Pain in a masticatory structure	SQ3	Confirmation of pain in TMJ(s)	E1a
	Pain modified by jaw movement, function, or parafunction	SQ4	Familiar pain with TMJ palpation or range of motion	E4b, E4c, E5a-c, or E9: familiar pain in TMJ
Headache Attributed to TMD (ICD-9 339.89 [other specified headache syndrome], or ICD-9 784.0 [headache]) <ul style="list-style-type: none"> • Sens 0.89 • Spec 0.87 <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: click
Disc Displacement with Reduction, with Intermittent Locking (ICD-9 524.63) • Sens 0.38 • Spec 0.98	[same as disc displacement with reduction]	[same as DD with red]	[same as disc displacement with reduction]	[same as DD with red]
	Current intermittent locking with limited opening	SQ11=yes SQ12=no	When disorder present in clinic: maneuver required to open mouth	E8 (optional)
Disc Displacement without Reduction, with Limited Opening (ICD-9 524.63) • Sens 0.80 • Spec 0.97	Current* TMJ lock with limited opening	SQ9	Passive stretch (maximum assisted opening) < 40mm	E4c < 40mm including vertical incisal overlap
	Limitation severe enough to interfere with ability to eat	SQ10		
Disc Displacement without Reduction, without Limited Opening (ICD-9 524.63) • Sens 0.54 • Spec 0.79	Prior* TMJ lock with limited opening	SQ9	Passive stretch (maximum assisted opening) ≥ 40mm	E4c ≥ 40mm including vertical incisal overlap
	Limitation severe enough to interfere with ability to eat	SQ10		
Degenerative Joint Disease (ICD-9 715.18) • Sens 0.55 • Spec 0.61	Current TMJ noises by history, OR	SQ8	Crepitus during jaw movement	E6 or E7: crepitus detected by examiner
	Patient reports noise during the examination	E6 or E7: noise reported by patient		
Subluxation (ICD-9 830.0) • Sens 0.98 • Spec 1.00	TMJ locking or catching in wide open jaw position	SQ13	When disorder present in clinic: maneuver required to close mouth	E8 (optional)
	Unable to close mouth without specific maneuver	SQ14		

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

Changes to this document

Oct 23, 2015

- Incorrect sensitivity and specificity values present; source of the error is unknown but is assumed to reflect preparation of the table prior to final sensitivity and specificity estimates were computed 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

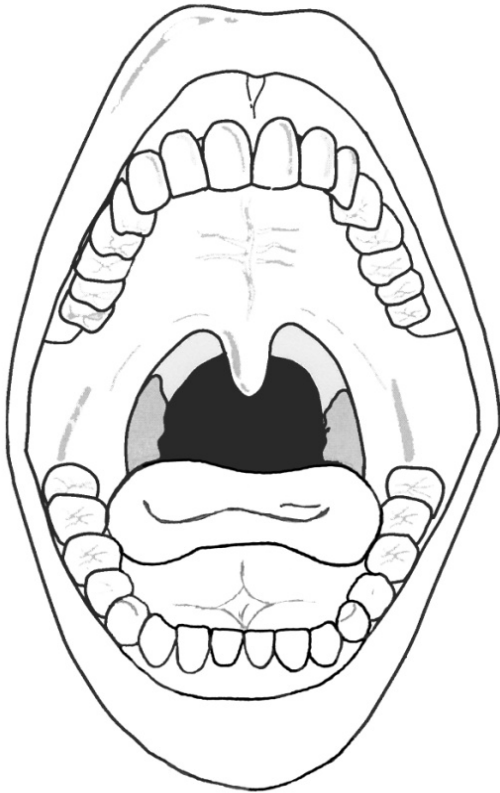
Standard Usage		Instrument	Source
Screening	Complete		
✓	✓	Pain Drawing	Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013
✓	✓	Graded Chronic Pain Scale Version 2.0	Von Korff M. Assessment of chronic pain in epidemiological and health services research: empirical bases and new directions. In: Turk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

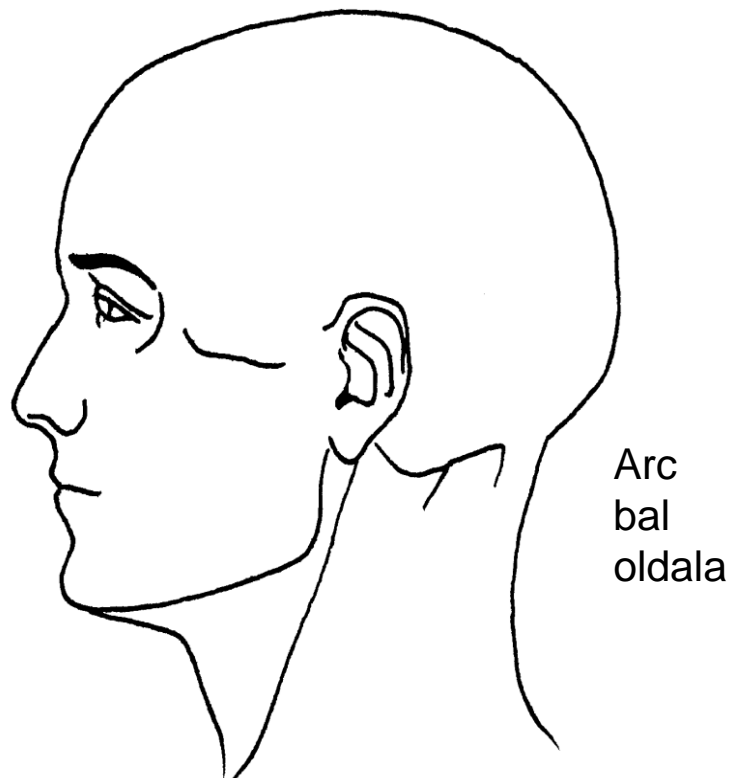
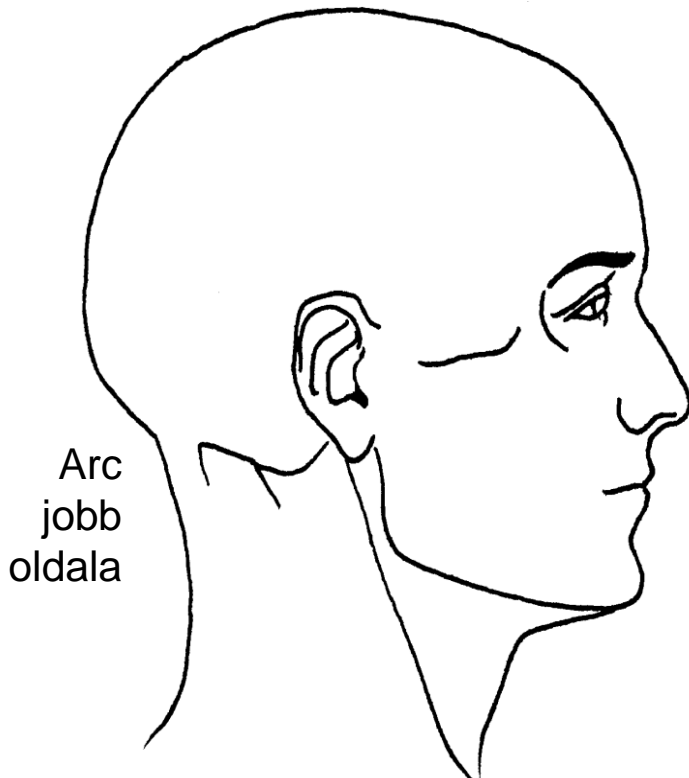
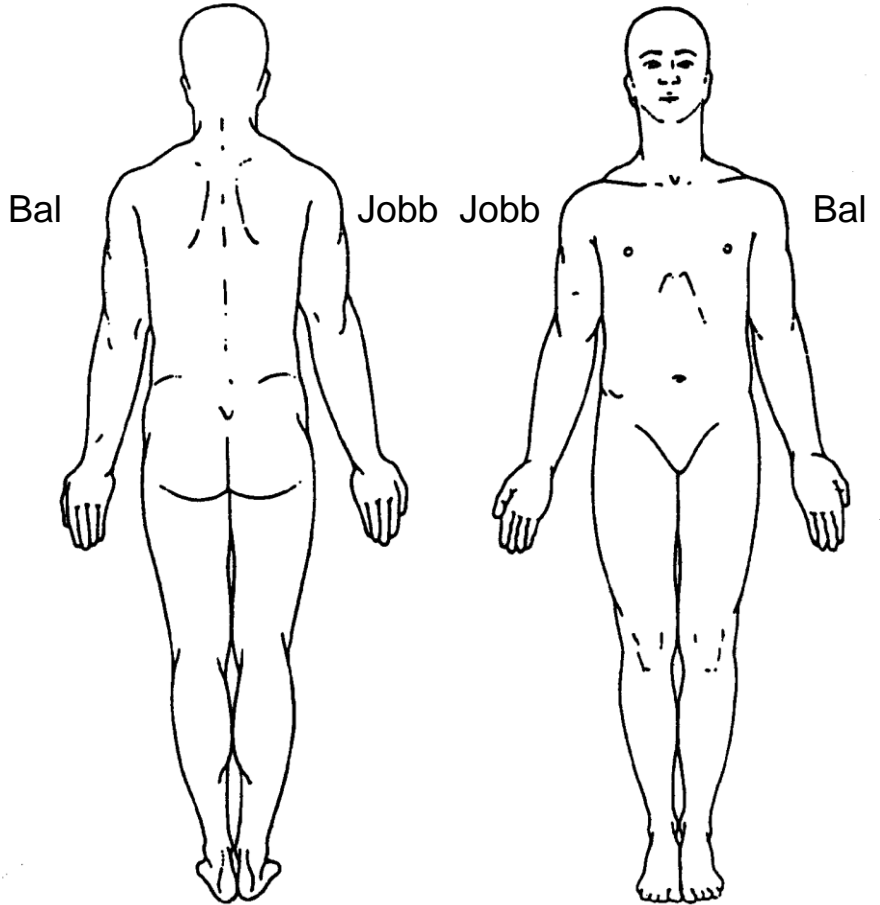
Pain Drawing

DC-TMD FÁJDALOM ÁBRÁZOLÁSA

Satírozással jelöljön be MINDEN olyan testtájat, ahol fájdalmat érez! Használja a leginkább megfelelő ábrákat! Ha van olyan jól körül írható pont, ami fájdalmas, akkor azt jelölje egy pöttyel (●)! Ha a fájdalom vándorol egyik helyről a másikra, akkor jelölje nyilakkal az útját!



Száj és fogak



Graded Chronic Pain (version 2)

Krónikus Fájdalom Értékelése (2. verzió- 1 hónap)

1. Az **elmúlt 6 hónapban** hány nap érzett arcfájdalmat? _____ nap

2. Hogyan értékelné az arcfájdalmát **JELLENLEG**? Jelölje a fájdalmat a 0-10-ig terjedő skálán, ahol 0 jelentése „nincs fájdalom”, a 10 pedig a „létező legnagyobb fájdalom”!

Nincs fájdalom										Létező legnagyobb fájdalom
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Hogyan értékelné az **ELMÚLT 30 NAPBAN** előforduló **LEGNAGYOBB** arcfájdalmát? Jelölje ismét a 0-10-ig terjedő skálán, ahol 0 jelentése „nincs fájdalom”, a 10 pedig a „létező legnagyobb fájdalom”!

Nincs fájdalom										Létező legnagyobb fájdalom
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Az **ELMÚLT 30 NAPBAN ÁTLAGOSAN** milyenek értékelné az arcfájdalmát? Jelölje ismét a 0-10-ig terjedő skálán, ahol 0 jelentése „nincs fájdalom”, a 10 pedig a „létező legnagyobb fájdalom”! [ez a *szokásos mértékű fájdalom*, amikor fáj]

Nincs fájdalom										Létező legnagyobb fájdalom
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Az **ELMÚLT 30 NAPBAN** az arcfájdalma hány napig akadályozta Önt olyan **SZOKÁSOS TEVÉKENYSÉGEIBEN**, mint a munkavégzés, iskola vagy házimunka? (ha minden nap, akkor 30-at írjon be!)

_____ nap

6. Az **ELMÚLT 30 NAPBAN** az arcfájdalma mennyire akadályozta a **MINDENNAPI TEVÉKENYSÉGEIBEN**? Jelölje a 0-10-ig terjedő skálán, ahol 0 jelentése „Nem akadályozott”, a 10 jelentése „Képtelen voltam bármilyen tevékenységre”!

Nem akadályozott										Képtelen voltam bármilyen tevékenységre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Az **ELMÚLT 30 NAPBAN** az arcfájdalma mennyire akadályozta **SZÓRAKOZÁSSAL KAPCSOLATOS, TÁRSASÁGI ÉS CSALÁDI TEVÉKENYSÉGEIT**? Jelölje ismét a 0-10-ig terjedő skálán, ahol 0 jelentése „Nem akadályozott”, a 10 jelentése „Képtelen voltam bármilyen tevékenységre”!

Nem akadályozott										Képtelen voltam bármilyen tevékenységre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. Az **ELMÚLT 30 NAPBAN** az arcfájdalma mennyire akadályozta a **MUNKAVÉGZŐ KÉPESSÉGÉT**, a házimunkát is beleértve? Jelölje ismét ugyanazon a skálán, ahol 0 jelentése „Nem akadályozott”, a 10 jelentése „Képtelen voltam bármilyen tevékenységre”!

Nem akadályozott										Képtelen voltam bármilyen tevékenységre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

JFLS-8

Állkapocs-funkció Korlátozottság Skála - 8

Kérjük, jelölje be az alábbi sorok mindegyikénél az **elmúlt hónapban** tapasztalt nehézség mértékét! Ha az adott tevékenységet teljesen elkerülte, mert túl nehéz volt, akkor a „10”-et karikázza be! Ha nem fájdalom vagy nehézség, hanem más ok miatt kerülte az adott tevékenységet, akkor hagyja a sort üresen!

	Nincs nehézség										Súlyos nehézség
1. Rágós étel rágása	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Csirkehús rágása (pl. sütőben készített)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Puha, rágást nem igénylő étel fogyasztása (pl. burgonyapüré, almaszósz, puding, pépes étel)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Szájnyitás akkorára, hogy inni tudott egy csészéből	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Nyelés	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Ásítás	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Beszéd	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Mosolygás	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

JFLS-20

Állkapocs-funkció Korlátozottság Skála - 20

Kérjük, jelölje be az alábbi sorok mindegyikénél az **elmúlt hónapban** tapasztalt nehézség mértékét! Ha az adott tevékenységet teljesen elkerülte, mert túl nehéz volt, akkor a „10”-et karikázza be! Ha nem fájdalom vagy nehézség, hanem más ok miatt került az adott tevékenységet, akkor hagyja a sort üresen!

	Nincs nehézség										Súlyos nehézség
1. Rágós étel rágása	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Kétszersült vagy pirítós kenyér rágása	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Csirkehús rágása (pl. sütőben készített)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Ropogtatnivaló rágása	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Puha étel rágása (pl. makaróni, gyümölcsbefőtt vagy puha gyümölcs, főtt zöldség, hal)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Puha, rágást nem igénylő étel fogyasztása (pl. burgonyapüré, almaszósz, puding, pépes étel)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Szájnyitás akkorára, hogy egy egész almába bele tudott harapni	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Szájnyitás akkorára, hogy egy szendvicsbe bele tudott harapni	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Szájnyitás akkorára, hogy beszélni tudott	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Szájnyitás akkorára, hogy inni tudott egy csészéből	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Nyelés	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Ásítás	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Beszéd	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Éneklés	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Vidám arckifejezés	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Mérges arckifejezés	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Szemöldök ráncolása	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Csókolás	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Mosolygás	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Nevetés	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

PHQ-4

Kérdőív az Ön egészségi állapotáról - 4

Az **elmúlt 2 hétben** milyen gyakran okoztak Önnek gondot az alábbi panaszok?
(✓-val jelölje választát)

	Egyszer sem	Néhány napig	A napok több, mint felében	Majdnem minden nap
	0	1	2	3
1. Idegesnek, szorongónak, vagy feszültnek érezte magát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nem volt képes abbahagyni, illetve uralni az aggodalmaskodást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kevés érdeklődés vagy örömezés tevékenységei során	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Szomorúság, lehangoltság vagy reménytelenség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TELJES PONTSZÁM =

Amennyiben bejelölt egy vagy több problémát, mekkora nehézséget okoztak ezek a problémák a munkahelyén, otthoni teendői ellátásában vagy más emberekkel való kapcsolatában?

Egyáltalán nem okoztak nehézséget	Kis nehézséget okoztak	Nagy nehézséget okoztak	Kifejezetten nagy nehézséget okoztak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHQ-9

Kérdőív az Ön egészségi állapotáról – 9 (PHQ-9)

Az elmúlt 2 hétben milyen gyakran okoztak Önnek gondot az alábbi panaszok?
(✓-val jelölje választát)

	Egyszer sem	Néhány napig	A napok több, mint felében	Majdnem minden nap
	0	1	2	3
1. Kevés érdeklődés vagy örömezés tevékenységei során	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Szomorúság, lehangoltság vagy reménytelenség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nehezen tud elaludni, éjszaka könnyen felébred, vagy túl sokat alszik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fáradtság vagy kevés energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Rossz étvágy vagy túlzott evés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Rossz érzések saját magával kapcsolatban, vagy olyan gondolatok, hogy Ön sikertelen, vagy csalódást okozott önmaga vagy családja számára	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Koncentrációs nehézségek például újságolvasás vagy tévénézés közben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mozgása vagy beszéde annyira lelassult, hogy mások is észrevehették, vagy ellenkezőleg, olyan nyugtalan volt, hogy a szokásosnál sokkal többet mozgott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Olyan gondolatok, hogy jobb lenne meghalni, vagy hogy valamilyen módon kárt tehetne önmagában	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL SCORE = _____

Amennyiben bejelölt egy vagy több problémát, mekkora nehézséget okoztak ezek a problémák a munkahelyén, otthoni teendői ellátásában vagy más emberekkel való kapcsolatában?

Egyáltalán nem okoztak nehézséget	Kis nehézséget okoztak	Nagy nehézséget okoztak	Kifejezetten nagy nehézséget okoztak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GAD-7

GAD - 7

Az elmúlt két hétben milyen gyakran zavarták az alábbi problémák?

(✓-val jelölje választát)

	Egyáltalán nem	Néhány napig	A napok több mint felében	Csaknem minden nap
	0	1	2	3
1. Idegesnek, szorongónak vagy feszültnek érezte magát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nem volt képes abbahagyni, illetve uralni az aggodalmaskodást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Túl sokat aggódott különböző dolgok miatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nehezen tudott ellazulni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Olyan nyugtalan volt, hogy nehezen tudott egy helyben ülni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Könnyen bosszússá vagy ingerültté vált	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Félt attól, hogy valami szörnyűség történhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL SCORE =

Amennyiben bejelölt egy vagy több problémát, mekkora nehézséget okoztak ezek a problémák a munkahelyén, otthoni teendői ellátásában vagy más emberekkel való kapcsolatában?

Egyáltalán nem okoztak nehézséget	Kis nehézséget okoztak	Nagy nehézséget okoztak	Kifejezetten nagy nehézséget okoztak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHQ-15

Kérdőív az Ön egészségi állapotáról-15

Az elmúlt 4 hét során mennyire zavarta Önt bármelyik az alábbi panaszok közül? -val jelölje választát!

	Nem zavart	Kicsit zavart	Nagyon zavart
	0	1	2
1. Gyomorfájdalom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hátfájdalom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fájdalom a karokban, lábakban, ízületekben (térd, csípő stb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nőknél: menstruációs görcsök vagy más, havi vérzéssel kapcsolatos probléma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fejfájás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mellkasi fájdalom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Szédülés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ájulás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Erős vagy szapora szívdobogás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Légszomj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fájdalom vagy más probléma szexuális együttlét közben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Székrekedés, laza széklet vagy hasmenés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Émelygés, felfújódás vagy emésztési problémák	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Fáradtság vagy kimerültség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Alvászavar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TELJES PONTSZÁM =

Oral Behaviors Checklist

Kérdőív a szájiüregi funkciók felmérésére

Az **elmúlt hónap** alapján, Ön milyen gyakran végzi az alábbi tevékenységeket? Ha egy tevékenység gyakorisága változó, akkor válassza a nagyobb értéket! Kérjük, pipával jelölje választát minden egyes pontnál és egy pontot se hagyjon ki!

Alvás közben előforduló tevékenységek		Soha	Kevesebb, mint 1 éjjel havonta	1-3 éjjel havonta	1-3 éjjel hetente	4-7 éjjel hetente
1	Fogainak összeszorítása vagy csikorgatása alvás közben (akkor is, ha ezt más mondta Önnek)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Olyan helyzetben alszik, amiben az állkapcsát nyomás éri (például a hasán vagy az oldalán)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éber állapotban előforduló tevékenységek		Soha	Ritkán	Időnként	Gyakran	Mindig
3	Fogainak csikorgatása, amikor ébren van	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Fogainak összeszorítása, amikor ébren van	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Fogainak összenyomása, összeérintése vagy zárt helyzetben tartása étkezésen kívül (azaz amikor az alsó és felső fogai érintkeznek)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Izmainak szorítása, megfeszítése, illetve feszes helyzetben tartása anélkül, hogy fogait összeérintené vagy összeszorítaná	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Állkapcsának előre vagy oldalra tolása vagy előre/oldalra tolt helyzetben tartása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Nyelvének erősen a fogakhoz nyomása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Nyelvének fogai közé helyezése	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Nyelvének, arcának vagy ajkainak harapása, rágása vagy ezekkel való „játás”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Állkapcsának merev, feszített helyzetben tartása, mintha védekező helyzetet venne fel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Olyan tárgyak fogak közé vétele vagy rágása, mint hajsza, pipa, ceruza, toll, ujjak, körmök stb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Rágógumi rágása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Játék olyan hangszereken, mely a száj vagy állkapocs használatát igényli (például fafúvós, rézfúvós vagy húros hangszerek)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Támaszkodás kezével az állkapcsán (könyöklés vagy állának pihentetése a kezeiben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Étel rágása csak az egyik oldalon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Evés főétkezések között (rágást igénylő étel fogyasztása)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Folyamatos beszéd (például tanítás, értékesítő, ügyfélszolgálat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Éneklés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ásítás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Telefon feje és válla között tartása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>