

# Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments (Malay)



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](http://www.rdc-tmdinternational.org)

## Kriteria Diagnostik untuk Gangguan Temporomandibel (KD/GTM)

### Malay translation by

Dr. Kathreena Kadir <sup>1</sup>

Dr. Mohd Khairul Anwar Mohd Tahir <sup>1</sup>

Dr. Siti Mazlipah Ismail <sup>1</sup>

Assoc. Prof. Dr. Zamros Yuzadi Mohd Yusof <sup>2</sup>

### Collaborators

Prof. Dr. Puteri Roslina Abdul Wahid <sup>3</sup>

Dr. Nurshaline Pauline Hj Kipli <sup>4</sup>

Prof. Dr. Adrian U Jin Yap <sup>5,6</sup>

<sup>1</sup>Dept. of Oral & Maxillofacial Clinical Sciences, Dental Faculty, University of Malaya, Malaysia

<sup>2</sup>Dept. of Community Oral Health and Clinical Prevention, Dental Faculty, University of Malaya, Malaysia

<sup>3</sup>Dept. of Malay Language, Academy of Malay Studies, University of Malaya, Malaysia

<sup>4</sup>Dental Specialist Clinic, Sarawak General Hospital, Malaysia

<sup>5</sup>Dept. of Restorative Dentistry, Dental Faculty, University of Malaya, Malaysia

<sup>6</sup>Dept. of Dentistry, Ng Teng Fong General Hospital, National University Health System, Singapore

Accepted May 20<sup>th</sup>, 2019 by the Consortium

Translation available at [www.RDC-TMDinternational.org](http://www.RDC-TMDinternational.org)

# CONTENTS

<b>Overview</b> .....	<b>3</b>
Printing Guidance.....	4
Contents (listed in English for reference).....	4
How to Cite This Document .....	5
Acknowledgments.....	7
<b>Axis I Assessment</b> .....	<b>8</b>
TMD Pain Screener / <i>Saringan Sakit Gangguan Temporomandibel</i> .....	9
Symptom Questionnaire / <i>Soal Selidik Gejala</i> .....	11
Demographics / <i>Demografi</i> .....	14
Examination: Required Examination Commands / <i>Arahan Pemeriksa Kepada Pesakit</i> .....	16
Clinical Examination Form (FDI; English) .....	26
<b>Diagnosis</b> .....	<b>29</b>
Decision Tree (English) .....	30
Diagnostic Criteria Table (English).....	33
<b>Axis II Assessment</b> .....	<b>38</b>
Pain Drawing / <i>Lakaran Kesakitan</i> .....	40
Graded Chronic Pain (version 2) / <i>Skala Gred Kesakitan Kronik 2.0</i> .....	42
JFLS-8 ( <i>Skala Had Fungsi Rahang-8</i> ).....	44
JFLS-20 ( <i>Skala Had Fungsi Rahang-20</i> ).....	46
PHQ-4 ( <i>Soal Selidik Kesihatan Pesakit-4</i> ) .....	48
PHQ-9 ( <i>Soal Selidik Kesihatan Pesakit-9</i> ) .....	50
GAD-7 ( <i>Gangguan Kebimbangan Umum-7</i> ).....	52
PHQ-15 ( <i>Soal Selidik Kesihatan Pesakit-15</i> ) .....	54
Oral Behaviors Checklist / <i>Senarai Semak Tabiat Mulut</i> .....	56

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

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

Translations of the DC/TMD instruments were conducted according to INfORM standards; see Ohrbach R, Bjorner J, Jezewski MA, John MT, and Lobbezoo F (2013) Guidelines for Establishing Cultural Equivalency of Instruments; and Ohrbach R (2017) Translation and Adaptation of the DC/TMD Protocol, available at the same URL indicated above. Please refer to these documents for specific procedures and requirements that the translated instruments adhere to with regard to appropriate semantic and cultural validity compared to the source documents. Note that the Consortium views the assessment protocol and its instruments to be under continued development, and it also considers translated versions of those assessment instruments to be works in progress, with validation an ongoing process just as for the source instruments. Finally, the format of this document is also subject to revision; this is version 2017\_09\_29.

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

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

## Printing Guidance

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

Section	Page(s)
Axis I: TMD Pain Screener	10
Axis I: All clinical forms	12, 13, 15, 27, 28
Axis I: Required Examination Commands	17-25
Axis I: Diagnostic trees and criteria tables	31, 32, 34-37
Axis II: Screening	41, 43, 45, 49, 57
Axis II: Comprehensive	41, 43, 47, 51, 53, 55, 57

## Contents (listed in English for reference)

### Overview

#### Axis I Assessment

- TMD Pain Screener
- Symptom Questionnaire
- Demographics
- Examination: Required Examination 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 (Jaw Functional Limitation Scale-8)
- JFLS-20 (Jaw Functional Limitation Scale-20)
- PHQ-4 (Patient Health Questionnaire-4)
- PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)
- GAD-7 (General Anxiety Disorder-7)
- PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-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](http://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](http://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. [Kriteria Diagnostik untuk Gangguan Temporomandibel (KD/GTM): Instrumen Penilaian. Malay Version 20May2019] Kadir K, Tahir MKAM, Ismail SM, Yusof ZYM, Trans. [www.rdc-tmdinternational.org](http://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](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on *<date>*.
    - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [www.rdc-tmdinternational.org](http://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](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on *<date>*.
    - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [Kriteria Diagnostik untuk Gangguan Temporomandibel (KD/GTM): Instrumen Penilaian. Malay Version 20May2019] Kadir K, Tahir MKAM, Ismail SM, Yusof ZYM, Trans. [www.rdc-tmdinternational.org](http://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](http://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](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on **<date>**.
    - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [Kriteria Diagnostik untuk Gangguan Temporomandibel (KD/GTM): Instrumen Penilaian. Malay Version 20May2019] Kadir K, Tahir MKAM, Ismail SM, Yusof ZYM, Trans. [www.rdc-tmdinternational.org](http://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](http://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. [Kriteria Diagnostik untuk Gangguan Temporomandibel (KD/GTM): Instrumen Penilaian. Malay Version 20May2019] Kadir K, Tahir MKAM, Ismail SM, Yusof ZYM, Trans. [www.rdc-international.org](http://www.rdc-international.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](http://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 / *Saringan Sakit Gangguan  
Temporomandibel***

## Saringan Sakit Gangguan Temporomandibel

1. Dalam tempoh 30 hari yang lalu, berapa lamakah anda berasa sakit pada bahagian rahang atau kawasan *temple\**, sebelah kanan atau kiri?
  - a. Tiada kesakitan
  - b. Sakit datang dan pergi
  - c. Sentiasa berasa sakit
  
2. Dalam tempoh 30 hari yang lalu, adakah anda mengalami ketegangan atau rasa sakit pada bahagian rahang anda ketika jaga dari tidur?
  - a. Tidak
  - b. Ya
  
3. Dalam tempoh 30 hari yang lalu, adakah aktiviti berikut mengubah sebarang rasa sakit yang anda alami (sakit semakin kurang atau semakin teruk) pada rahang atau kawasan *temple\**, sebelah kanan atau kiri?
  - A. Mengunyah makanan keras atau liat
    - a. Tidak
    - b. Ya
  
  - B. Membuka mulut atau menggerakkan rahang ke hadapan atau ke sisi
    - a. Tidak
    - b. Ya
  
  - C. Tabiat rahang seperti merapatkan gigi atas dan bawah bersama-sama, mengetap/mengisar gigi atau mengunyah gula-gula getah
    - a. Tidak
    - b. Ya
  
  - D. Aktiviti rahang lain seperti bercakap, bercium, atau menguap
    - a. Tidak
    - b. Ya

*\*kawasan temple akan diterangkan oleh pemeriksa*

## **Symptom Questionnaire / Soal Selidik Gejala**

## Kriteria Diagnostik Untuk Gangguan Temporomandibel Soal Selidik Gejala

Nama Pesakit \_\_\_\_\_ Tarikh \_\_\_\_\_

### SAKIT

1. Pernahkah anda merasa sakit pada rahang, *temple\**, dalam telinga atau di hadapan telinga pada kiri atau kanan? Tidak  Ya

#### Jika jawapan anda TIDAK, terus ke Soalan 5

2. Sejak bilakah kesakitan pada rahang, bahagian *temple\**, dalam telinga \_\_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_\_ Bulan atau di hadapan telinga pertama kali dirasai?

3. Dalam tempoh 30 hari yang lalu, kenyataan yang manakah memberi gambaran paling tepat mengenai sakit di rahang, *temple\**, dalam atau di hadapan telinga pada sebelah kiri atau kanan?  
Pilih SATU jawapan
- Tidak sakit  
 Sakit datang dan pergi  
 Sakit sentiasa ada

#### Jika anda menjawab TIDAK SAKIT pada Soalan 3, terus ke soalan 5

4. Dalam tempoh 30 hari yang lalu, aktiviti berikut yang manakah telah mengubah sebarang rasa sakit (sakit semakin kurang atau semakin teruk) dalam rahang anda, *temple\**, di dalam atau di hadapan telinga di sebelah kiri atau kanan?

	Tidak	Ya
A. Menguyah makan keras atau liat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Membuka mulut atau menggerakkan rahang ke hadapan atau ke sisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Tabiat rahang seperti merapatkan gigi atas dan bawah bersama-sama, mengetap/mengisar gigi atau mengunyah gula-gula getah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Aktiviti rahang lain seperti bercakap, bercium, atau menguap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SAKIT KEPALA

5. Dalam tempoh 30 hari yang lalu, pernahkah anda mengalami sakit kepala termasuk bahagian *temple\** anda? Tidak  Ya

#### Jika anda menjawab TIDAK pada Soalan 5, terus ke soalan 8

6. Sejak bilakah, sakit kepala di bahagian *temple\** mula dirasai? \_\_\_\_\_ tahun \_\_\_\_\_ bulan

7. Dalam tempoh 30 hari yang lalu, aktiviti berikut yang manakah telah mengubah rasa sakit kepala di kawasan *temple\** kiri atau kanan anda? (sakit kepala semakin kurang atau semakin teruk)

	Tidak	Ya
A. Menguyah makan keras atau liat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Membuka mulut atau menggerakkan rahang ke hadapan atau ke sisi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Tabiat rahang seperti merapatkan gigi atas dan bawah bersama-sama, mengetap/mengisar gigi atau mengunyah gula-gula getah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Aktiviti rahang lain seperti bercakap, bercium, atau menguap.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BUNYI SENDI RAHANG				Kegunaan pejabat		
8.	Dalam 30 hari yang lalu, adakah terdapat sebarang bunyi dalam sendi rahang apabila anda menggerakkan atau menggunakan sendi rahang anda?	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	Kanan <input type="checkbox"/>	Kiri <input type="checkbox"/>	Tidak tahu <input type="checkbox"/>
<b>RAHANG TERTUTUP DAN TERKUNCI</b>						
9.	<u>Pernahkah</u> rahang anda terkunci atau tersangkut, walau seketika, sehingga anda tidak dapat membuka mulut SEPENUHNYA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Jika anda menjawab TIDAK pada Soalan 11, terus ke soalan13.</b>						
10.	Adakah keadaan rahang anda yang terkunci atau tersangkut itu, sangat teruk sehingga menghadkan pembukaan mulut anda dan mengganggu keupayaan anda untuk makan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Dalam 30 hari yang lalu, pernahkah rahang anda terkunci dan <u>tidak dapat membuka</u> mulut SEPENUHNYA walaupun seketika, dan kemudian rahang kembali terbuka SEPENUHNYA begitu sahaja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Jika anda menjawab TIDAK pada Soalan 11, terus ke Soalan 13</b>						
12.	Adakah rahang anda ketika ini, sedang terkunci atau terhad pembukaannya sehingga mulut <u>tidak dapat dibuka</u> SEPENUHNYA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RAHANG TERBUKA DAN TERKUNCI</b>						
13.	Dalam tempoh 30 hari yang lalu, apabila anda membuka mulut dengan luas, adakah rahang anda terkunci atau tersangkut walaupun seketika, hinggan anda tidak boleh menutupnya dari posisi terbuka luas ini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Jika anda menjawab TIDAK kepada soalan 13 sila pergi ke bahagian demografi di muka surat sebelah</b>						
14.	Dalam tempoh 30 hari yang lalu, apabila rahang anda terkunci atau tersangkut dalam keadaan terbuka, adakah anda perlu berbuat sesuatu untuk menutupnya kembali dengan cara merehatkan, menggerakkan, menolak atau memanipulasi rahang dengan apa apa cara lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*kawasan *temple* akan diterangkan oleh pemeriksa.

## **Demographics / *Demografi***

## Kriteria Diagnostik Untuk Gangguan Temporomandibel

### Demografi

---

1. Status perkahwinan sekarang?

- Berkahwin                       Tinggal bersama                       Bercerai
- Berpisah                       Duda/Janda                       Bujang

---

2. Bangsa?

- Melayu                       Cina                       India
- Lain-lain Bumiputera                       Kadazan                       Iban
- Lain-lain : \_\_\_\_\_

---

3. Apakah tahap pendidikan tertinggi anda?

- Sekolah rendah
- Sekolah menengah
- Diploma / Kolej
- Ijazah Dasar Universiti
- Ijazah Tinggi Universiti / PhD

---

4. Berapakah jumlah pendapatan keluarga anda sebulan termasuk semua sumber pendapatan lain seperti upah, gaji, pelaburan dan sebagainya?

- RM 1199 dan ke bawah
- RM 1200 – RM 2500
- RM 2501 – RM 5000
- RM 5001 – RM 7500
- RM 7501 – RM 10,000
- RM 10,000 dan ke atas
-

**Examination: Required Examination Commands /  
*Arahan Pemeriksa Kepada Pesakit***



## **8** Arahan Pemeriksa Kepada Pesakit

### **8.1 Pengenalan** [sila lihat di akhir dokumen untuk maklumat pengarang dan tajuk]

Arahan pemeriksa yang perlu digunakan perkataan demi perkataan seperti yang dinyatakan dalam urutan pemeriksaan lengkap (seksyen 4) dihasilkan semula disini dengan tujuan membantu pembelajaran dan kajian.

### **8.2 Temu Bual dan Pemeriksaan Berkaitan Kesakitan**

Penomboran sub-seksyen berikut adalah mengikut turutan temu bual dan pemeriksaan berkaitan kesakitan (Seksyen 6).

#### **6.2.1** Untuk Kesakitan Akibat Pergerakan

- **Adakah anda berasa sakit dengan pergerakan tadi?**
- JIKA YA:
  - **Bolehkah anda tunjukkan dengan jari anda setiap bahagian yang terasa sakit?**
  - **Adakah terdapat mana-mana kawasan lain yang turut terasa sakit dengan pergerakan tadi? Tunjukkan [dengan jari anda] tempat yang terasa sakit.**
  - Teruskan dengan PERTANYAAN RASA SAKIT YANG SERUPA YANG PERNAH DIALAMI

#### **6.2.2** Untuk Sakit Ketika Ditekan

- **Adakah anda terasa sakit di tempat yang telah saya tekan?**
- JIKA YA: Teruskan dengan PERTANYAAN RASA SAKIT YANG SERUPA YANG PERNAH DIALAMI

#### **6.2.3** Untuk Sakit Beserta Bunyi Klik

- **Adakah anda terasa sakit apabila rahang anda berbunyi klik?**
- JIKA YA: Teruskan dengan PERTANYAAN RASA SAKIT YANG SERUPA YANG PERNAH DIALAMI

#### **6.2.4** Pertanyaan rasa sakit yang serupa yang pernah dialami

- **Pernahkah anda alami kesakitan seperti ini di sini dalam tempoh 30 hari yang lalu?**
- JIKA PERNAH: **Sakit ini serupa dengan sakit apa?**
- JIKA KAWASAN TEMPORALIS SAKIT: **Adakah sakit ini serupa dengan sakit kepala yang anda rasai di sini dalam tempoh 30 hari yang lalu?**

#### **6.2.5** Pertanyaan Sakit Terujuk

- **Adakah anda terasa sakit hanya di tempat yang telah saya tekan atau juga terasa sakit di tempat lain [di kepala, muka atau rahang]?**
- **[Tunjukkan saya di mana anda rasa sakit]. Tunjuk dengan jari anda pada setiap kawasan di mana anda terasa sakit ketika saya tekan tadi.**
- **Adakah tempat lain terasa sakit juga?**

### 8.3 Komponen Yang Diperlukan Berdasarkan Seksyen 5: Arahan Lengkap Pemeriksa

KONVENSI BAGI JADUAL INI: Teks berhuruf tebal di ruang "Arahan lisan" mestilah digunakan perkataan demi perkataan; prosedur yang ditaip dengan huruf tebal mungkin perlu dijelaskan dengan bahasa biasa untuk melaksanakan prosedur yang dikehendaki. Ruang kosong di petak "Arahan lisan" menunjukkan bahawa bahasa biasa adalah mencukupi untuk melaksanakan keseluruhan prosedur; Teks yang tidak berhuruf tebal juga menandakan penggunaan bahasa biasa untuk mengarahkan prosedur tersebut. Prosedur yang ditandakan <tiada> di ruang "Arahan Lisan" menunjukkan arahan lisan tidak perlu diberikan oleh pemeriksa.

ITEM	ARAHAN LISAN
<b>E1. Pengehahan Pemeriksa Terhadap Lokasi Kesakitan Dan Sakit Kepala</b>	
<i>Maklumat pengenalan</i>	<tiada>
<i>Arahan kepada pesakit</i>	<p>Sebelum saya memulakan pemeriksaan, saya ingin menerangkan beberapa perkara dengan anda.</p> <p>Saya akan bertanya tentang kesakitan dan hanya anda sahaja yang tahu sekiranya anda terasa sakit. Bila saya tanya sama ada anda rasa sakit, sila jawab "ya" atau "tidak"; jika anda tidak pasti, berikan jawapan yang paling tepat dengan apa yang anda rasa.</p> <p>Jika anda berasa sakit, saya juga akan bertanya sama ada rasa sakit tersebut biasa dialami sebelum ini. Sakit yang biasa dialami merujuk kepada kesakitan yang serupa seperti yang anda pernah alami pada tempat yang sama dalam tempoh 30 hari yang lalu.</p> <p>Jika anda berasa sakit di bahagian <i>temple</i>*, saya akan bertanya sama ada sakit yang dirasakan adalah serupa dengan sakit kepala di bahagian <i>temple</i> yang pernah anda alami dalam tempoh 30 hari yang lalu.</p> <p><i>*kawasan temple akan diterangkan oleh pemeriksa</i></p>
<i>Skop pemeriksaan : Kawasan Anatomi terlibat</i>	<p>Tujuan pemeriksaan ini <u>adalah</u> untuk mengenalpasti rasa sakit yang mungkin dirasakan pada kawasan-kawasan yang saya periksa... ... dan juga di dalam mulut</p>
<i>E1a Lokasi kesakitan: dalam tempoh 30 hari yang lalu</i>	<p><b>Dalam 30 hari yang lalu, pernahkah anda mengalami sakit pada kawasan-kawasan ini?</b> [yang telah saya sentuh ]</p> <p>JIKA "YA"</p> <p><b>Bolehkah anda tunjukkan dengan jari anda pada setiap kawasan di mana anda pernah terasa sakit</b> [dalam 30 hari yang lalu]?</p> <p><b>Adakah anda terasa sakit di mana-mana kawasan lain?</b> [dalam 30 hari yang lalu]?</p>

ITEM	ARAHAN LISAN
<p><i>E1b</i> <i>Lokasi sakit kepala: dalam tempoh 30 hari yang lalu.</i></p>	<p><b>Dalam 30 hari yang lalu, pernahkah anda mengalami sakit pada kawasan-kawasan ini?</b> [yang telah saya sentuh ]</p> <p>JIKA “YA” <b>Bolehkah anda tunjukkan dengan jari anda pada setiap kawasan di mana anda pernah terasa sakit kepala</b> [dalam 30 hari yang lalu]?</p> <p><b>Adakah anda terasa sakit kepala di kawasan lain?</b> [dalam 30 hari yang lalu]?</p>
<p><b>E2. Hubungan Gigi Insisal</b></p>	
<p><i>Pilih gigi rujukan untuk maksila dan mandible</i></p>	<p>Saya akan menandakan gigi anda dengan pensil; saya akan memadamkannya selepas selesai pemeriksaan.</p>
<p><i>Garis rujukan – pertindihan menegak</i></p>	<p><b>Rapatkan gigi belakang anda sepenuhnya tanpa menggigit dengan kuat</b></p>
<p><i>Garis rujukan – garis tengah mandibel</i></p>	<p>[Rapatkan gigi belakang anda sepenuhnya tanpa menggigit dengan kuat.]</p>
<p><i>Insisal ‘overjet’</i></p>	<p>[Rapatkan gigi belakang anda sepenuhnya tanpa menggigit dengan kuat]</p>
<p><i>Insisal ‘overbite’</i></p>	<p>&lt;Minta pesakit untuk merenggangkan bibir sedikit, cukup untuk mengukur ‘overbite’.&gt;</p>
<p><b>E3. Corak pembukaan (Supplemental)</b></p>	
<p><i>Posisi Permulaan</i></p>	<p><b>Rapatkan gigi belakang anda sepenuhnya tanpa menggigit dengan kuat</b></p>
<p><i>Corak pembukaan</i></p>	<p><b>Buka mulut anda perlahan-lahan, seluas yang boleh, walaupun terasa sakit, kemudian, rapatkan kembali gigi belakang anda sepenuhnya tanpa menggigit dengan kuat</b></p> <p>Ulang 2 kali</p>

ITEM	ARAHAN LISAN
<b>E4. Pergerakan membuka</b>	
<b>4A. PEMBUKAAN BEBAS SAKIT</b>	
<i>Posisi permulaan</i>	[Rapatkan gigi belakang anda sepenuhnya tanpa menggigit dengan kuat.]
<i>Posisi pembaris untuk ukuran pergerakan menegak</i>	<tiada>
<i>E4A Pembukaan bebas sakit</i>	<b>Sila buka mulut seluas yang anda boleh tanpa rasa sakit, atau tanpa menambah rasa sakit yang mungkin anda alami sekarang.</b>
<b>4B. PEMBUKAAN MAKSIMUM TANPA BANTUAN (PMTB)</b>	
<i>Posisi permulaan</i>	[Rapatkan gigi belakang anda sepenuhnya tanpa menggigit dengan kuat.]
<i>E4B Pembukaan maksimum tanpa bantuan</i>	<b>Sila buka mulut anda seluas yang boleh, walaupun ia menyakitkan.</b>
<i>E4B Sakit selepas PMTB</i>	<b>Adakah anda berasa sakit dengan pergerakan tadi?</b>
<b>4C. PEMBUKAAN MAKSIMUM DENGAN BANTUAN (PMDB)</b>	
<i>Posisi permulaan</i>	[Rapatkan gigi belakang anda sepenuhnya tanpa menggigit dengan kuat.]
<i>Arahan</i>	<b>Sekarang, saya akan cuba membuka mulut anda lebih luas [jika boleh], dengan jari saya. Jika anda mahu saya berhenti, angkat tangan anda dan saya akan berhenti serta-merta.</b>
	Saya akan letakkan pembaris. [berhenti seketika]
<i>E4C Pembukaan maksimum dengan bantuan</i>	<b>Sekarang buka [mulut anda] seluas yang boleh, walaupun ia menyakitkan sama seperti yang anda lakukan sebelum ini. [berhenti seketika]</b> Saya akan pegang rahang anda. <b>Sila rehatkan rahang anda supaya saya boleh membantu anda membuka mulut dengan lebih luas sekiranya boleh. [berhenti seketika]</b>
<i>E4C Sakit selepas PMDB</i>	<b>Adakah anda terasa sakit apabila saya cuba membuka mulut anda lebih luas dengan menggunakan jari saya?</b>

ITEM	ARAHAN LISAN
<b>4D. PEMBUKAAN MAKSIMUM DENGAN BANTUAN DITAMATKAN</b>	
<i>E4D</i> <i>Pembukaan</i> <i>dihentikan</i>	<tiada>
<b>E5. Pergerakan Lateral dan Protrusif</b>	
<b>5A. PERGERAKAN RAHANG KE KANAN</b>	
<i>Pergerakan</i> <i>rahang ke kanan</i>	<b>Buka sedikit mulut anda, dan gerakkan rahang anda sejauh mungkin ke kanan, walaupun ia menyakitkan.</b>  Kekalkan kedudukan rahang anda sehingga saya mengambil ukuran.
<i>E5A</i> <i>Ukuran</i>	<tiada>
<i>Rahang kembali</i> <i>ke kedudukan</i> <i>asal</i>	
<i>E5A</i> <i>Sakit selepas</i> <i>pergerakan</i>	<b>Adakah anda rasa sebarang sakit dengan pergerakan tadi?</b>
<b>5B. PERGERAKAN RAHANG KE KANAN</b>	
<i>Pergerakan</i> <i>rahang ke kiri</i>	<b>Buka sedikit mulut anda, dan gerakkan rahang anda sejauh mungkin ke kiri, walaupun ia menyakitkan.</b>  Kekalkan kedudukan rahang anda sehingga saya mengambil ukuran.
<i>E5B</i> <i>Ukuran</i>	<none>
<i>Rahang kembali</i> <i>ke kedudukan</i> <i>asal</i>	
<i>E5B</i> <i>Sakit selepas</i> <i>pergerakan</i>	<b>Adakah anda rasa sebarang sakit dengan pergerakan tadi?</b>
<b>5C. PROTRUSIF</b>	
<i>Pergerakan</i> <i>protrusif</i>	<b>Buka sedikit mulut anda, dan gerakkan rahang anda sejauh mungkin ke hadapan, walaupun ia menyakitkan.</b>  Kekalkan kedudukan rahang anda sehingga saya mengambil ukuran.
<i>E5C</i> <i>Ukuran</i>	<tiada>
<i>Rahang kembali</i> <i>ke kedudukan</i> <i>asal</i>	
<i>E5C</i> <i>Sakit selepas</i> <i>pergerakan</i>	<b>Adakah anda rasa sebarang sakit dengan pergerakan tadi?</b>

ITEM	ARAHAN LISAN
<b>E6. Bunyi di STM Semasa Pergerakan Membuka dan Menutup Mulut</b>	
<i>Posisi tangan pada sendi rahang di hadapan telinga</i>	<tiada>
<i>Arahan berkaitan bunyi di sendi rahang</i>	<p>Saya akan memeriksa sendi rahang anda untuk memastikan sama ada terdapat sebarang bunyi. Sila beri perhatian, kerana pada akhir pemeriksaan, saya akan bertanya sama ada anda juga mendengar atau merasakan apa-apa bunyi di sendi rahang.</p> <p>[Fokus kepada kedua-dua sendi.]</p>
<i>Penutupan penuh mandibel</i>	Rapatkan gigi belakang anda sepenuhnya tanpa menggigit dengan kuat.
<i>Pemeriksa mengesan bunyi sendi rahang ketika membuka dan menutup mulut</i>	<p>Buka mulut anda perlahan-lahan, seluas yang boleh, walaupun terasa sakit, kemudian, tutup perlahan – lahan sehingga gigi belakang anda rapat semula</p> <p><b>Ulang 2 kali</b></p>
<i>Tanya pesakit berkenaan dengan bunyi</i>	<p>Adakah anda mendengar atau merasakan sebarang bunyi di mana-mana sendi rahang ketika anda membuka atau menutup mulut?</p> <p>Apakah jenis bunyi yang anda dengar?</p>
<i>Pertanyaan berkenaan sakit</i>	<p>JIKA PESAKIT MELAPORKAN BUNYI KLIK:</p> <p>Adakah anda berasa sakit apabila rahang anda berbunyi klik?</p>

ITEM	ARAHAN LISAN
<b>E7. Bunyi di STM Ketika pergerakan Lateral dan Protrusif</b>	
<i>Secara am</i>	<tiada>
<i>Bunyi sendi rahang : pergerakan lateral dan protrusif</i>	<p>[Lakukan prosedur berikut untuk memeriksa sendi kanan kemudian sendi kiri. Maklumkan kepada pesakit sendi mana yang harus diberi tumpuan ketika pemeriksaan].</p> <p><b>Rapatkan gigi belakang anda sepenuhnya tanpa menggigit dengan kuat, kemudian buka sedikit dan gerak rahang ke kanan sejauh mungkin, walaupun berasa sakit; gerakkan rahang ke posisi asal dan rapatkan gigi belakang anda sepenuhnya tanpa menggigit dengan kuat.</b> Ulang 2 kali lagi</p> <p><b>Rapatkan gigi belakang anda sepenuhnya tanpa menggigit dengan kuat, kemudian buka sedikit dan gerak rahang ke kiri sejauh mungkin, walaupun berasa sakit; gerakkan rahang ke posisi asal dan rapatkan gigi belakang anda sepenuhnya tanpa menggigit dengan kuat.</b> Ulang 2 kali lagi</p> <p><b>Rapatkan gigi belakang anda sepenuhnya tanpa menggigit dengan kuat, kemudian buka sedikit dan gerak rahang ke hadapan sejauh mungkin, walaupun berasa sakit; gerakkan rahang ke posisi asal dan rapatkan gigi belakang anda sepenuhnya tanpa menggigit dengan kuat.</b> Ulang 2 kali lagi</p>
<i>Pertanyaan mengenai bunyi sendi rahang</i>	<p><b>Adakah anda mendengar atau merasa apa-apa bunyi pada bahagian sendi [kanan, kiri] ketika menggerakkan rahang ke hadapan atau ke sisi?</b></p> <p><b>Apakah bunyi yang anda dengar?</b></p>
<i>Pertanyaan tentang sakit</i>	<p>JIKA PESAKIT MELAPORKAN BUNYI KLIK: <b>Adakah anda berasa sakit apabila bunyi klik kedengaran?</b></p>
<b>E8. Sendi Rahang Terkunci</b>	
<i>Tutup dan terkunci</i>	<b>Bolehkah anda “membuka” mulut anda?</b>
<i>Buka dan Terkunci</i>	<b>Bolehkan anda “menutup” mulut anda?</b>

ITEM	ARAHAN LISAN
<b>E9. Otot dan STM Sakit Ketika Ditekan</b>	
<i>Pengenalan</i>	<p>Sekarang saya akan menekan di beberapa tempat berlainan di kepala, muka dan rahang anda, dan saya akan bertanya tentang rasa sakit, rasa sakit yang biasa dialami, dan sakit kepala yang biasa anda alami.</p> <p>Selain itu, saya juga ingin tahu adakah sakit itu dirasai di bawah jari saya sahaja atau anda juga rasa sakit di tempat lain selain di bawah jari saya.</p> <p>Saya akan bertanya sama ada anda "sakit", "sakit yang biasa dialami ", "sakit kepala yang biasa anda alami ", dan "sakit hanya di tempat yang saya tekan (bawah jari saya)?".</p> <p>[Pemeriksa juga boleh menggunakan pertanyaan "sakit di tempat lain?" selain daripada "di tempat yang saya tekan"]</p> <p>Setiap kali, saya akan menekan selama 5 saat.</p>
	<p><i>Kalibrasi</i> &lt;tiada&gt;</p>
	<p><i>Temporalis &amp; masseter</i> &lt;tiada&gt;</p>
	<p><i>Kalibrasi</i> &lt;tiada&gt;</p>
<i>STM: bahagian lateral</i>	<b>Buka mulut sedikit, gerakkan rahang bawah ke hadapan dan kemudian kembalikan ke posisi asal dengan gigi anda terbuka sedikit.</b>
<i>Kalibrasi</i>	<tiada>
<i>STM: sekeliling bahagian lateral</i>	<b>Buka mulut sedikit, gerakkan rahang bawah ke hadapan sedikit dan kekalkan posisi tersebut.</b>
<b>E10. Kawasan Tekanan Tambahan</b>	
<i>Kalibrasi</i>	<tiada>
<i>Kawasan mandibel posterior</i>	<b>Rehatkan rahang anda.</b>
<i>Kawasan submandibular</i>	<b>Rehatkan rahang anda.</b>
<i>Kawasan pterygoid lateral</i>	<b>Buka mulut sedikit dan gerakkan rahang ke tepi.</b>
<i>Tendon temporalis</i>	<b>Buka mulut anda.</b>



ITEM	ARAHAN LISAN
<b>E11. Komen Pemeriksa</b>	
<i>Komen pemeriksa</i>	<tiada>
<b>PEMERIKSAAN KD/GTM TAMAT</b>	

Dokumen ini telah diekstrak daripada:

Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol, Version: June 2, 2013. Terjemahan dalam Bahasa Melayu: Kadir K, Tahir MKAM, Ismail SM, Yusof ZYM, Universiti Malaya, Kuala Lumpur, Malaysia Versi 5/2019.

NOTA: Dokumen asal dikekalkan dan boleh diakses di [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org).

## **Clinical Examination Form (FDI; English)**

## DC/TMD Examination Form

Date filled out (mm-dd-yyyy)

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

Patient \_\_\_\_\_ Examiner \_\_\_\_\_

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

#### RIGHT PAIN

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

#### LEFT PAIN

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

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

- None  
  Temporal  
  Other  
  None  
  Temporal  
  Other

### 2. Incisal Relationships

Reference tooth  
 FDI #11  
 FDI #21  
 Other

Horizontal Incisal Overjet

If negative 



 mm

Vertical Incisal Overlap

If negative 



 mm

Midline Deviation

Right  
 Left  
 N/A  

 mm

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

- Straight  
 Corrected deviation  
Uncorrected Deviation  
 Right  
 Left

### 4. Opening Movements

#### A. Pain Free Opening

mm

#### RIGHT SIDE

Pain    Familiar Pain    Familiar Headache

#### LEFT SIDE

Pain    Familiar Pain    Familiar Headache

#### B. Maximum Unassisted Opening

mm

Temporalis	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	
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	
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
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	
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	

#### C. Maximum Assisted Opening

mm

Temporalis	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	
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	
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
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	
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	

#### D. Terminated?    N Y

### 5. Lateral and Protrusive Movements

#### RIGHT SIDE

Pain    Familiar Pain    Familiar Headache

#### LEFT SIDE

Pain    Familiar Pain    Familiar Headache

#### A. Right Lateral

mm

Temporalis	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	
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	
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
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	
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	

#### B. Left Lateral

mm

Temporalis	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	
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	
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
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	
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	

#### C. Protrusion

mm

Temporalis	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y
Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	
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	
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
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	
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	

If negative

<b>6. TMJ Noises During Open &amp; Close Movements</b>														
<b>RIGHT TMJ</b>						<b>LEFT TMJ</b>								
			<u>Examiner</u>			Patient			Pain w/ Click			Familiar Pain		
			Open			Close								
Click	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crepitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>7. TMJ Noises During Lateral &amp; Protrusive Movements</b>														
<b>RIGHT TMJ</b>						<b>LEFT TMJ</b>								
			Examiner			Patient			Pain w/ Click			Familiar Pain		
Click	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crepitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>8. Joint Locking</b>														
<b>RIGHT TMJ</b>						<b>LEFT TMJ</b>								
			<u>Reduction</u>						<u>Reduction</u>					
			Locking			Patient			Examiner					
While Opening	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wide Open Position	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>9. Muscle &amp; TMJ Pain with Palpation</b>														
<b>RIGHT SIDE</b>						<b>LEFT SIDE</b>								
			Pain			Familiar Pain			Familiar Headache			Referred Pain		
<b>(1 kg)</b>														
Temporalis (posterior)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temporalis (middle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temporalis (anterior)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masseter (origin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masseter (body)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masseter (insertion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>TMJ</b>			Pain			Familiar Pain			Referred Pain					
Lateral pole ( <b>0.5 kg</b> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Around lateral pole ( <b>1 kg</b> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>10. Supplemental Muscle Pain with Palpation</b>														
<b>RIGHT SIDE</b>						<b>LEFT SIDE</b>								
			Pain			Familiar Pain			Referred Pain					
<b>(0.5 kg)</b>														
Posterior mandibular region	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Submandibular region	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lateral pterygoid area	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temporalis tendon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>11. Diagnoses</b>														
<b>Pain Disorders</b>				<b>Right TMJ Disorders</b>				<b>Left TMJ Disorders</b>						
<input type="radio"/> None				<input type="radio"/> None				<input type="radio"/> None						
<input type="radio"/> Myalgia				Disc displacement (select one)				Disc displacement (select one)						
<input type="radio"/> Myofascial pain with referral				<input type="radio"/> ...with reduction				<input type="radio"/> ...with reduction						
<input type="radio"/> Right Arthralgia				<input type="radio"/> ...with reduction, with intermittent locking				<input type="radio"/> ...with reduction, with intermittent locking						
<input type="radio"/> Left Arthralgia				<input type="radio"/> ... without reduction, with limited opening				<input type="radio"/> ... without reduction, with limited opening						
<input type="radio"/> Headache attributed to TMD				<input type="radio"/> ... without reduction, without limited opening				<input type="radio"/> ... without reduction, without limited opening						
				<input type="radio"/> Degenerative joint disease				<input type="radio"/> Degenerative joint disease						
				<input type="radio"/> Dislocation				<input type="radio"/> Dislocation						
<b>12. Comments</b>														
Copyright International RDC/TMD Consortium Network. Available at <a href="http://www.rdc-tmdinternational.org">http://www.rdc-tmdinternational.org</a> Version 12May2013. No permission required to reproduce, translate, display, or distribute.														

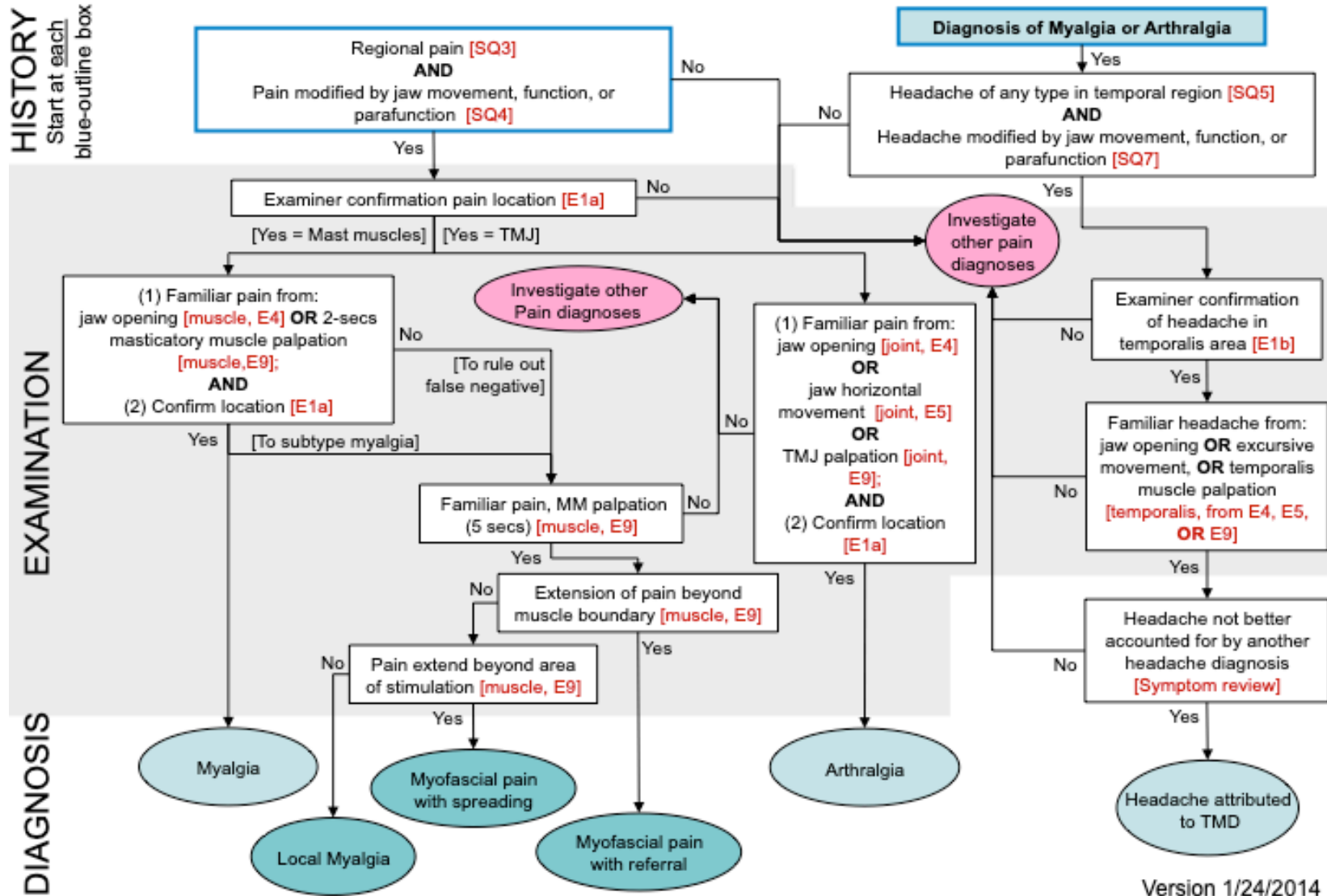
# Diagnosis

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 &amp; 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 &amp; Facial Pain and Headache</i> 28:6-27.</p> <p>Table Version: October 23, 2015</p>

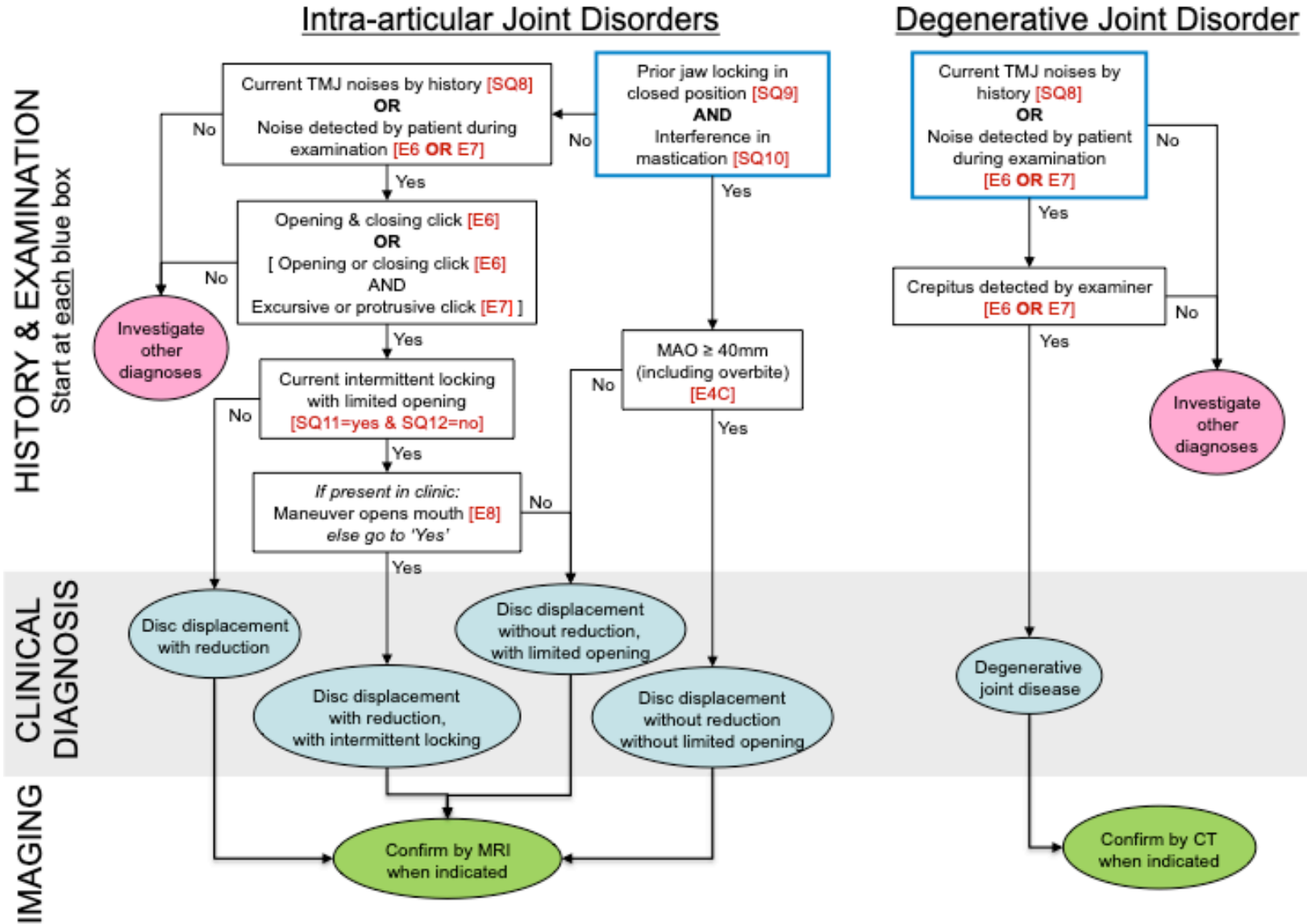
## Decision Tree (English)

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

Pain-Related TMD and Headache



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





## **Diagnostic Criteria Table (English)**

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

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

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

Version 10/23/2015

Disorder	History		Examination	
	Criteria	SQ	Criteria	Examination Form
<b>Pain Disorders</b>				
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; <b>or</b> E10: familiar pain in supplemental muscles, if E10 included
<b>Myalgia Subtypes</b>				
Local Myalgia (ICD-9 729.1)  Sens and Spec not established	[same as for Myalgia]	[SQ3 & SQ4]	Confirmation of pain in masticatory muscle(s)	E1a
			Familiar pain with muscle palpation	E9: familiar pain in masseter or temporalis; <b>or</b> E10: familiar pain in supplemental muscles, if E10 included
			Pain remains local to the area of stimulation	E9: negative referred and spreading pain; <b>and</b> E10: negative referred and spreading pain, if E10 included
Myofascial Pain (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; <b>or</b> E10: familiar pain in supplemental muscles, if E10 included
			Spreading (but not referred) pain with muscle palpation	E9: spreading pain; <b>or</b> E10: spreading pain, if E10 included; <b>AND</b> E9: negative referred pain; <b>and</b> 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) • 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; <b>or</b> E10: familiar pain in supplemental muscles, if E10 included
			Referred pain with muscle palpation	E9: positive referred pain; <b>or</b> E10: positive referred pain, if E10 included
Arthralgia (ICD-9 524.62) • 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]) • 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 <b>or</b> b. Range of motion of jaw	E4b, E4c, E5a-c, or E9: familiar headache pain in the temporalis muscle

Disorder	History		Examination	
	Criteria	SQ	Criteria	Examination Form
<b>Joint Disorders</b>				
Disc Displacement with Reduction (ICD-9 524.63) • Sens 0.34 • Spec 0.92	Current TMJ noises by history, <b>OR</b>	SQ8	Click(s) with opening <u>and</u> closing, <b>OR</b>	E6: (open & close) click, <b>OR</b>
	Patient reports noise during the examination	E6 or E7: noise reported by patient	Both (a) click with opening or closing, <b>and</b>	E6: (open or close) click, <b>and</b>
			(b) click with lateral or protrusive movements	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, <b>OR</b>	SQ8	Crepitus during jaw movement	E6 or E7: crepitus detected by examiner
	Patient reports noise during the examination	E6 or E7: noise reported by patient		
Subluxation (ICD-9 830.0) • Sens 0.98 • Spec 1.00	TMJ locking or catching in wide open jaw position	SQ13	When disorder present in clinic: maneuver required to close mouth	E8 (optional)
	Unable to close mouth without specific maneuver	SQ14		

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

## Changes to this document

### Oct 23, 2015

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

### May 25, 2014

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

### April 29, 2014

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

## Axis II Assessment

Standard Usage		Instrument	Source
Screening	Complete		
✓	✓	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 <a href="http://www.phqscreener.com/">http://www.phqscreener.com/</a> and incorporated into the final instrument for the Consortium. Form Version: May 12, 2013

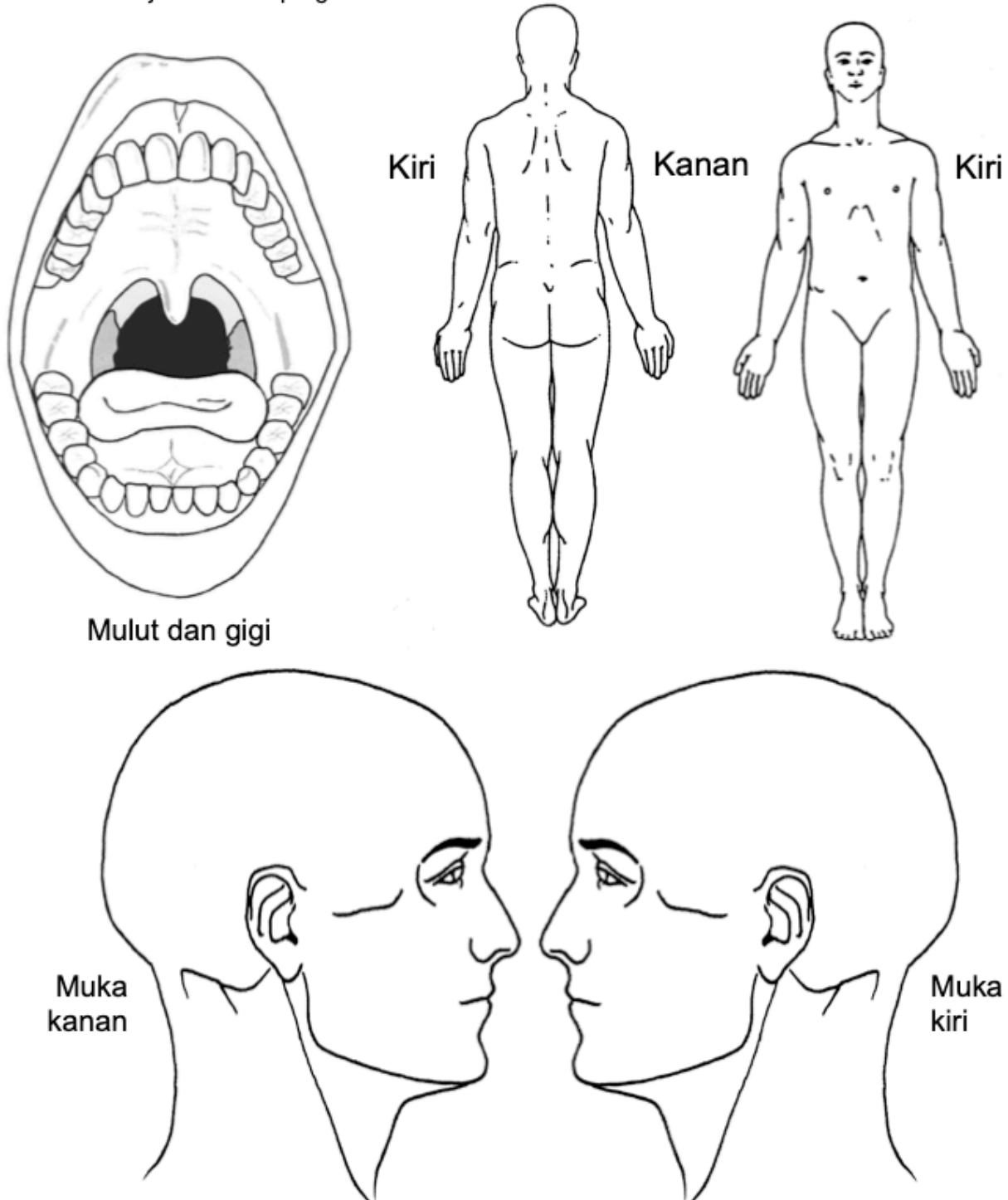
Standard Usage		Instrument	Source
Screening	Complete		
	✓	PHQ-9	<p>Kroenke K, Spitzer RL, and Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. <i>Journal of General Internal Medicine</i> 16 (9):606-613, 2001.</p> <p>A text-revision of this instrument is posted at <a href="http://www.phqscreeners.com/">http://www.phqscreeners.com/</a> 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 <a href="http://www.phqscreeners.com/">http://www.phqscreeners.com/</a> 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 / *Lakaran Kesakitan***



## LAKARAN KESAKITAN

Lorekkan SEMUA kawasan yang anda terasa sakit di dalam rajah yang paling relevan atau sesuai. Jika ada tempat kesakitan yang anda pasti dengan tepat, tandakan dengan titik tebal (●). Jika kesakitan tersebut bergerak dari satu tempat ke tempat yang lain, gunakan anak panah untuk menunjukkan arah pergerakan kesakitan tersebut.



**Graded Chronic Pain (version 2) /  
*Skala Gred Kesakitan Kronik 2.0***

## Skala Gred Kesakitan Kronik 2.0

1. Sepanjang **6 bulan yang lalu**, berapa harikah anda mengalami sakit pada bahagian muka? \_\_\_\_\_ Hari

2. Bagaimanakah anda menilai sakit di bahagian muka anda **SEKARANG**? Gunakan skala 0 hingga 10, iaitu 0 menandakan "tidak sakit" dan 10 menandakan "teramat sakit". Bulatkan jawapan anda.

Tidak sakit											Teramat sakit
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3. Dalam tempoh **30 HARI YANG LALU**, bagaimanakah anda menilai sakit yang **PALING TERUK** pada bahagian muka anda? Gunakan skala yang sama, iaitu 0 menandakan "tidak sakit" dan 10 menandakan "teramat sakit". Bulatkan jawapan anda.

Tidak sakit											Teramat sakit
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4. Dalam tempoh **30 HARI YANG LALU**, **SECARA PURATA**, bagaimanakah anda menilai sakit pada bahagian muka anda? Gunakan skala yang sama, iaitu 0 menandakan "tidak sakit" dan 10 menandakan "teramat sakit". [Iaitu, kesakitan yang paling biasa anda rasai.] Bulatkan jawapan anda.

Tidak sakit											Teramat sakit
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

5. Dalam tempoh **30 HARI YANG LALU**, berapa harikah sakit pada bahagian muka anda membataskan **AKTIVITI RUTIN** anda seperti bekerja, sekolah, atau kerja rumah? (Setiap hari = 30 hari) \_\_\_\_\_ Hari

6. Dalam tempoh **30 HARI YANG LALU**, bagaimanakah sakit pada bahagian muka mengganggu **AKTIVITI HARIAN** anda? Gunakan skala 0-10, iaitu 0 menandakan "tiada gangguan" dan 10 "tidak dapat menjalankan sebarang aktiviti". Bulatkan jawapan anda

Tidak ada gangguan											Tidak dapat menjalankan apa-apa aktiviti
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

7. Dalam tempoh **30 HARI YANG LALU**, bagaimanakah sakit pada bahagian muka mengganggu **AKTIVITI REKREASI, SOSIAL DAN KELUARGA** anda? Gunakan skala 0-10, iaitu 0 menandakan "tiada gangguan" dan 10 "tidak dapat menjalankan sebarang aktiviti". Bulatkan jawapan anda.

Tidak ada gangguan											Tidak dapat menjalankan apa-apa aktiviti
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

8. Dalam tempoh **30 HARI YANG LALU**, bagaimanakah sakit pada bahagian muka mengganggu **KEUPAYAAN BEKERJA** anda, termasuk kerja rumah? Gunakan skala yang sama, iaitu 0 menandakan "tiada gangguan" dan 10 "tidak dapat menjalankan sebarang aktiviti". Bulatkan jawapan anda.

Tidak ada gangguan											Tidak dapat menjalankan apa-apa aktiviti
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**JFLS-8 (*Skala Had Fungsi Rahang-8*)**

## Skala Had Fungsi Rahang – 8

Bagi setiap perkara di bawah, tandakan had fungsi rahang **sepanjang bulan lepas**. Jika aktiviti berikut dilakukan secara keseluruhan atas sebab terlalu sukar, bulatkan '10'. Jika anda mengelakkan melakukan aktiviti berikut atas sebab-sebab selain daripada kesakitan atau kesukaran, jangan tandakan apa – apa.

	Tidak terhad											Sangat terhad
1. Mengunyah makanan liat	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. Mengunyah daging ayam (contoh: ayam panggang)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. Makan makanan lembut yang tidak perlu dikunyah (contoh: kentang lenyek, puding, bubur kanji)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. Membuka mulut dengan cukup luas untuk minum daripada cawan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. Menelan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. Menguap	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. Bercakap	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8. Senyum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Hakcipta Ohrbach R. Terjemahan dalam Bahasa Melayu: Kadir K, Tahir MKAM, Ismail SM, Yusof ZYM, Universiti Malaya, Kuala Lumpur, Malaysia Versi 5/2019.

Boleh didapati di: <http://www.rdc-tmdinternational.org>

Kebenaran tidak diperlukan untuk menghasilkan semula, menterjemah, memapar atau mengedar.

**JFLS-20 (*Skala Had Fungsi Rahang-20*)**

## Skala Had Fungsi Rahang - 20

Bagi setiap perkara di bawah, tandakan had fungsi rahang **sepanjang bulan lepas**. Jika aktiviti berikut dilakukan secara keseluruhan atas sebab terlalu sukar, bulatkan '10'. Jika anda mengelakkan melakukan aktiviti berikut atas sebab-sebab selain daripada kesakitan atau kesukaran, jangan tandakan apa – apa.

	Tidak terhad											Sangat terhad
1. Mengunyah makanan liat	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. Mengunyah roti keras	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. Mengunyah ayam (Contoh: ayam panggang)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. Mengunyah keropok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. Mengunyah makanan lembut (Contoh: kuey teow, buah lembut, sayur yang dimasak, ikan)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. Makan makanan lembut yang tidak perlu dikunyah (Contoh: kentang lenyek, puding, bubur kanji)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. Membuka mulut dengan cukup luas untuk menggigit sebiji epal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8. Membuka mulut dengan cukup luas untuk menggigit <i>sandwich</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9. Membuka mulut dengan cukup luas untuk bercakap	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10. Membuka mulut dengan cukup luas untuk minum daripada cawan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11. Menelan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
12. Menguap	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13. Bercakap	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14. Menyanyi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15. Menunjukkan muka gembira	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
16. Menunjukkan muka marah	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
17. Muka berkerut	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
18. Bercium	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
19. Senyum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
20. Ketawa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Hakcipta Ohrbach R. Terjemahan dalam Bahasa Melayu: Kadir K, Tahir MKAM, Ismail SM, Yusof ZYM, Universiti Malaya, Kuala Lumpur, Malaysia Versi 5/2019.  
Boleh didapati di: <http://www.rdc-tmdinternational.org>

Kebenaran tidak diperlukan untuk menghasilkan semula, menterjemah, memapar atau mengedar.

**PHQ-4 (*Soal Selidik Kesehatan Pesakit-4*)**



## Soal Selidik Kesihatan Pesakit - 4

Sepanjang 2 minggu yang lalu, berapa kerapkah anda diganggu dengan masalah berikut? Tandakan (√) dalam kotak yang disediakan.

	Tiada 0	Beberapa hari 1	Lebih dari seminggu 2	Hampir setiap hari 3
1. Rasa gementar, gelisah atau cemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tidak dapat menghentikan atau mengawal perasaan risau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kurang minat atau kurang rasa seronok untuk melakukan apa apa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rasa sedih, tertekan, atau putus asa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JUMLAH MARKAH =

Jika anda tanda (√) pada mana-mana masalah di atas, bagaimanakah masalah tersebut menyukarkan anda dalam menjalankan kerja, menguruskan hal kerja rumah atau bersosial dengan orang lain?			
Tidak sukar  <input type="checkbox"/>	Agak sukar  <input type="checkbox"/>	Sukar  <input type="checkbox"/>	Sangat sukar  <input type="checkbox"/>

Hakcipta Pfizer Inc. Kebenaran tidak diperlukan untuk menghasilkan semula, menterjemah, memapar atau mengedar.

Sumber instrumen boleh didapati di <http://www.phgscreeners.com/>

Terjemahan dalam Bahasa Melayu: Kadir K, Tahir MKAM, Ismail SM, Yusof ZYM, Universiti Malaya, Kuala Lumpur, Malaysia Versi 5/2019.

Boleh didapati di <http://www.rdc-tmdinternational.org/>

**PHQ-9 (*Soal Selidik Kesehatan Pesakit-9*)**

## Soal Selidik Kesihatan Pesakit – 9

Sepanjang 2 minggu yang lalu, berapa kerapkah anda diganggu dengan masalah berikut? Tandakan (√) dalam kotak yang disediakan.

	Tiada 0	Beberapa hari 1	Lebih dari seminggu 2	Hampir setiap hari 3
1. Kurang minat atau kurang rasa seronok untuk melakukan apa-apa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rasa sedih, tertekan, atau putus asa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Susah hendak tidur, atau tidak nyenyak tidur, atau tidur berlebihan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Berasa letih atau kurang bertenaga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kurang selera makan atau makan berlebihan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Merasakan diri anda teruk - berasa gagal atau telah mengecewakan diri atau keluarga anda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sukar untuk memberi tumpuan seperti ketika membaca surat khabar atau menonton televisyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bergerak atau bercakap sangat perlahan sehingga orang lain boleh perasan? Atau sebaliknya – anda begitu resah atau gelisah sehingga membuatkan anda bergerak tidak tentu arah lebih dari biasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Berfikir yang anda lebih baik mati atau ingin mencederakan diri anda sendiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JUMLAH MARKAH =

Jika anda tanda (√) pada mana-mana masalah di atas, bagaimanakah masalah tersebut menyukarkan anda dalam menjalankan kerja, menguruskan hal kerja rumah atau bersosial dengan orang lain?			
Tidak sukar	Agak sukar	Sukar	Sangat sukar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hakcipta Pfizer Inc. Kebenaran tidak diperlukan untuk menghasilkan semula, menterjemah, memapar atau mengedar.

Sumber instrumen boleh didapati di <http://www.phqscreeners.com/>

Terjemahan dalam Bahasa Melayu: Kadir K, Tahir MKAM, Ismail SM, Yusof ZYM, Universiti Malaya, Kuala Lumpur, Malaysia Versi 5/2019.

Boleh didapati di <http://www.rdc-tmdinternational.org/>

## **GAD-7 (*Gangguan Kebimbangan Umum-7*)**

## Gangguan Kebimbangan Umum – 7

Sepanjang 2 minggu yang lalu, berapa kerapkah anda diganggu dengan masalah berikut? Tandakan (√) dalam kotak yang disediakan

	Tiada 0	Beberapa hari 1	Lebih dari seminggu 2	Hampir setiap hari 3
1. Rasa gementar, cemas atau gelisah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tidak dapat menghentikan atau mengawal perasaan risau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Terlalu bimbang mengenai pelbagai perkara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sukar untuk relaks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Berasa gelisah sehingga sukar untuk duduk diam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mudah rasa menyampah atau rasa cepat marah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Berasa takut seperti sesuatu yang buruk mungkin berlaku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JUMLAH MARKAH =

<p>Jika anda tanda (√) pada mana-mana masalah di atas, bagaimanakah masalah tersebut menyukarkan anda dalam menjalankan kerja, menguruskan hal rumah tangga atau bersosial dengan orang lain?</p>			
Tidak sukar	Agak sukar	Sukar	Sangat sukar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hakcipta Pfizer Inc. Kebenaran tidak diperlukan untuk menghasilkan semula, menterjemah, memapar atau mengedar.

Sumber instrumen boleh didapati di <http://www.phqscreeners.com/>

Terjemahan dalam Bahasa Melayu: Kadir K, Tahir MKAM, Ismail SM, Yusof ZYM, Universiti Malaya, Kuala Lumpur, Malaysia Versi 5/2019.

Boleh didapati di <http://www.rdc-tmdinternational.org/>

**PHQ-15 (*Soal Selidik Kesehatan Pesakit-15*)**

## Soal Selidik Kesihatan Pesakit -15: Simptom Fizikal

Sepanjang 4 minggu yang lalu, berapa kerapkah anda diganggu dengan mana-mana masalah berikut? Tandakan (√) dalam kotak yang disediakan.

	Tidak mengganggu	Kurang mengganggu	Sangat mengganggu
	0	1	2
1. Sakit perut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sakit belakang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sakit di lengan, kaki atau sendi (lutut, pinggang, dan lain-lain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rasa sakit atau kejang semasa haid (wanita sahaja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sakit kepala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sakit dada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pengsan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Berasa jantung berdegup kencang atau laju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sukar bernafas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sakit atau bermasalah semasa melakukan hubungan seks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sembelit , najis lembik atau cirit-birit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Loya , kembung atau pedih perut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Berasa letih atau kurang bertenaga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sukar untuk tidur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**JUMLAH MARKAH =**

## **Oral Behaviors Checklist /*Senarai Semak Tabiat Mulut***



## Senarai Semak Tabiat Mulut

Dalam **sebulan yang lalu**, berapa kerapkah anda melakukan aktiviti berikut? Jika kekerapan aktiviti berbeza, pilih yang lebih kerap. Tandakan (v) bagi setiap soalan dan jawab semua soalan.

<b>Aktiviti ketika tidur</b>		Tiada	< 1 Malam sebulan	1-3 malam sebulan	1-3 malam seminggu	4-7 malam seminggu
1	Menggigit atau menggeser gigi semasa tidur, berdasarkan maklumat daripada orang lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tidur dalam kedudukan yang memberi tekanan kepada rahang (seperti tidur meniarap atau mengiring)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aktiviti ketika berjaga</b>		Tiada	Jarang – jarang sekali	Kadang - kadang	Kerap	Sepanjang masa
3	Menggeser gigi ketika <b>berjaga</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Menggigit gigi <b>ketika berjaga</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Menekan, menemukan atau merapatkan gigi selain dari waktu makan. (Pertemuan antara gigi atas dan gigi bawah)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Mengejang atau menegangkan otot rahang tanpa mengetap atau merapatkan gigi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Meletakkan atau menolak rahang ke hadapan atau ke sisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Menekan lidah pada gigi secara paksa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Meletakkan lidah antara gigi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Menggigit, mengunyah, atau bermain dengan lidah, pipi atau bibir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Meletakkan rahang dalam kedudukan tegang, seperti ingin melindungi dan menyokong rahang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Meletak atau menggigit objek antara gigi seperti rambut, rokok paip, pensil, pen, jari, kuku, dan lain-lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Mengunyah gula-gula getah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Bermain alat muzik yang melibatkan penggunaan mulut dan rahang (seperti seksofon, serombong, trompet, biola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Menyandarkan tangan anda pada rahang, seperti menongkat dagu atau merehatkan dagu dengan tangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Mengunyah makanan pada sebelah bahagian sahaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Makan antara waktu makan utama (iaitu, makanan yang perlu dikunyah)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Sentiasa bercakap (seperti mengajar, jurujual atau perkhidmatan pelanggan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Menyanyi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Menguap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Memegang telefon di antara kepala dan bahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hakcipta Ohrbach R. Terjemahan dalam Bahasa Melayu: Kadir K, Tahir MKAM, Ismail SM, Yusof ZYM, Universiti Malaya, Kuala Lumpur, Malaysia Versi 5/2019. Boleh didapati di: <http://www.rdc-tmdinternational.org> Kebenaran tidak diperlukan untuk menghasilkan semula, menterjemah, memapar atau mengedar.