

Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments (Portuguese)



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

Critérios de Diagnóstico para Disfunção Temporomandibular

Portuguese translation by

Carlos Faria, MD, DMD (Team leader)

Francisco Azevedo Coutinho, MD (Co-team leader)

João Correia Pinto, MD

Collaborators

Adriano Sousa, DMD; Álvaro Diogo, MD; Antonino Gomes, DMD;
António Moacho, DMD; Cláudia Barbosa, PhD, DMD; Cristiana Mota, DMD;
Daniela Couto Gomes, MD; Hugo Ferreira, DMD; Joana Faustino, DMD;
João Rui Abreu, MD; José Manuel Amarante, MD; Josep M. Ustrel, MD;
Manuel Falcão, MD; Mariana Spratley, BA languages; Maria dos Prazeres Gonçalves, PhD;
Maria João Teixeira, MD; Octávio Ribeiro, DMD; Oriana Pinto, MD;
Pedro C. Santos, MD; Ricardo Dias, DMD; Rui Manuel Couto Gomes, MD;
Sérgio Carvalho, DMD; Sofia Morais, DMD; Tiago Resende, DMD;

Serviço de Estomatologia - Centro Hospitalar de São João |

Faculdade de Medicina - Universidade do Porto



Accepted August 3, 2018 by INFORM

Translation available at www.RDC-TMDinternational.org

Contents

Overview	3
Printing Guidance.....	4
Contents (listed in English for reference)	4
How to Cite This Document	5
Acknowledgments.....	7
Axis I Assessment.....	8
<i>TMD Pain Screener</i>	9
<i>Symptom Questionnaire</i>	11
<i>Demographics</i>	15
<i>Examination: Pain-related Interview and Examiner Commands</i>	17
<i>Clinical Examination Form (FDI; English)</i>	26
Diagnosis	29
<i>Decision Tree (English)</i>	30
<i>Diagnostic Criteria Table (English)</i>	33
Axis II Assessment	38
<i>Pain Drawing</i>	40
<i>Graded Chronic Pain (version 2)</i>	42
<i>JFLS-8</i>	44
<i>JFLS-20</i>	46
<i>PHQ-4</i>	48
<i>PHQ-9</i>	50
<i>GAD-7</i>	52
<i>PHQ-15</i>	54
<i>Oral Behaviors Checklist</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. 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, 14, 16, 27, 28
Axis I: Pain-related Interview and Examiner Commands	18-25
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: Pain-related Interview and Examiner Commands

Examination Form: International (English)

Diagnosis

Decision Tree (English)

Diagnostic Criteria Table (English)

Axis II Assessment

Pain Drawing

Graded Chronic Pain (version 2)

JFLS-8

JFLS-20

PHQ-4

PHQ-9

GAD-7

PHQ-15

Oral Behaviors Checklist

How to Cite This Document

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

Citation of English language source

Cite this document as follows:

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

For example:

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

Citation of translation of this document

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

Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [*Critérios de Diagnóstico para Disfunção Temporomandibular: Portuguese Version Sept2017*] Faria C, Coutinho FA, Resende T, Ferreira H, Gonçalves M, Gomes R, Gomes D, Pinto JC, 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. [*Critérios de Diagnóstico para Disfunção Temporomandibular: Portuguese Version Sept2017*] Faria C, Coutinho FA, Resende T, Ferreira H, Gonçalves M, Gomes R, Gomes D, Pinto JC, Trans. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on <date>.

- c. If fully translated version of the examination protocol is used and the translated version of the assessment protocol is used, then cite both of the following:
 - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013 [Critérios de Diagnóstico para Disfunção Temporomandibular: Portuguese Version Sept2017] Faria C, Coutinho FA, Resende T, Ferreira H, Gonçalves M, Gomes R, Gomes D, Pinto JC, Trans. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on <date>.
 - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [Critérios de Diagnóstico para Disfunção Temporomandibular: Portuguese Version Sept2017] Faria C, Coutinho FA, Resende T, Ferreira H, Gonçalves M, Gomes R, Gomes D, Pinto JC, 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 [Critérios de Diagnóstico para Disfunção Temporomandibular: Portuguese Version Sept2017] Faria C, Coutinho FA, Resende T, Ferreira H, Gonçalves M, Gomes R, Gomes D, Pinto JC, 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. [Critérios de Diagnóstico para Disfunção Temporomandibular: Portuguese Version Sept2017] Faria C, Coutinho FA, Resende T, Ferreira H, Gonçalves M, Gomes R, Gomes D, Pinto JC, Trans. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on <date>.
4. 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

DTM - Rastreo de dor

1. Nos últimos 30 dias, qual das seguintes opções melhor descreve qualquer dor na sua mandíbula ou região da fonte, de ambos os lados?
 - a. Sem dor
 - b. Dor vem e vai
 - c. Dor está sempre presente

2. Nos últimos 30 dias, sentiu dor ou rigidez na sua mandíbula ao despertar?
 - a. Não
 - b. Sim

3. Nos últimos 30 dias, as seguintes atividades alteraram alguma dor (ou seja, melhorando-a ou piorando-a) na sua mandíbula ou região da fonte em qualquer um dos lados?
 - A- Mastigar comida dura ou rija
 - a. Não
 - b. Sim

 - B- Abrir a boca ou mover a mandíbula para a frente ou para o lado
 - a. Não
 - b. Sim

 - C- Hábitos com os maxilares, tais como, manter os dentes juntos, apertar/ranger ou mascar pastilha elástica
 - a. Não
 - b. Sim

 - D- Outras atividades com os maxilares como falar, beijar ou bocejar
 - a. Não
 - b. Sim

Symptom Questionnaire

Questionário de Sintomas

Nome do paciente _____ Data _____

DOR

1. Já teve dor na mandíbula, na fonte, no ouvido, ou à frente do ouvido em algum dos lados? Não
Sim

Se respondeu NÃO, salte para a Pergunta 5.

2. Há quantos anos ou meses começou a apresentar dor na mandíbula, na fonte, no ouvido, ou à frente do ouvido? _____anos_____meses

3. Nos últimos 30 dias, qual das seguintes opções melhor descreve qualquer dor que tenha sentido na mandíbula, na fonte, no ouvido, ou à frente do ouvido em algum dos lados? Sem Dor
Dor aparece e desaparece
Dor sempre presente

Selecione UMA resposta.

Se respondeu NÃO na Pergunta 3, salte para a Pergunta 5.

4. Nos últimos 30 dias, as seguintes atividades alteraram qualquer dor (isto é, aliviaram-na ou tornaram-na pior) na mandíbula, na fonte, no ouvido, ou à frente do ouvido em algum dos lados?

	Não	Sim
A. Mastigar comida dura ou rija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Abrir a boca, ou mover a sua mandíbula para a frente ou para o lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Hábitos com os maxilares como manter os dentes juntos, apertar/ranger os dentes, ou mascar pastilha elástica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Outras atividades com os maxilares como falar, beijar ou bocejar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DORES DE CABEÇA

5. Nos últimos 30 dias, teve algumas dores de cabeça, que incluam a zona das fontes da sua cabeça? Não
Sim

Se respondeu NÃO na Pergunta 5, salte para a Pergunta 8.

6. Há quantos anos ou meses se iniciou a sua dor de cabeça na zona da fonte pela primeira vez? _____anos_____meses

7. Nos últimos 30 dias, as seguintes atividades alteraram alguma dor de cabeça (isto é, aliviaram-na ou tornaram-na pior) na zona da fonte em algum dos lados?

	Não	Sim
A. Mastigar comida dura ou rija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Abrir a boca, ou mover a sua mandíbula para a frente ou para o lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Hábitos com os maxilares como manter os dentes juntos, apertar/ranger os dentes, ou mascar pastilha elástica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Outras atividades com os maxilares como falar, beijar ou bocejar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SONS ARTICULARES

8. Nos últimos 30 dias, teve algum som (ou sons) articular(es) quando moveu ou usou a sua mandíbula? Não Direito
Sim Esquerdo
Não sabe

BLOQUEIO DE BOCA FECHADA

9. Alguma vez teve a sua mandíbula bloqueada ou presa, mesmo que por um momento, de modo que não a abrisse NA TOTALIDADE?
- | | | | |
|-----|--------------------------|----------|--------------------------|
| Não | <input type="checkbox"/> | Direito | <input type="checkbox"/> |
| Sim | <input type="checkbox"/> | Esquerdo | <input type="checkbox"/> |
| | | Não sabe | <input type="checkbox"/> |

Se respondeu NÃO na Pergunta 9, salte para a Pergunta 13.

10. A mandíbula ficou bloqueada ou presa de modo suficientemente grave para limitar a abertura e interferir com a sua capacidade de alimentar-se?
- | | | | |
|-----|--------------------------|----------|--------------------------|
| Não | <input type="checkbox"/> | Direito | <input type="checkbox"/> |
| Sim | <input type="checkbox"/> | Esquerdo | <input type="checkbox"/> |
| | | Não sabe | <input type="checkbox"/> |

11. Nos últimos 30 dias, a sua mandíbula bloqueou de modo que não a conseguisse abrir NA TOTALIDADE, mesmo que por um momento, tendo depois desbloqueado, de modo que a conseguiu abrir NA TOTALIDADE?
- | | | | |
|-----|--------------------------|----------|--------------------------|
| Não | <input type="checkbox"/> | Direito | <input type="checkbox"/> |
| Sim | <input type="checkbox"/> | Esquerdo | <input type="checkbox"/> |
| | | Não sabe | <input type="checkbox"/> |

Se respondeu NÃO na Pergunta 11, salte para a Pergunta 13.

12. A sua mandíbula está atualmente bloqueada ou limitada de modo que não abre NA TOTALIDADE?
- | | | | |
|-----|--------------------------|----------|--------------------------|
| Não | <input type="checkbox"/> | Direito | <input type="checkbox"/> |
| Sim | <input type="checkbox"/> | Esquerdo | <input type="checkbox"/> |
| | | Não sabe | <input type="checkbox"/> |

BLOQUEIO DE BOCA ABERTA

13. Nos últimos 30 dias, quando abria muito a sua boca, a mandíbula bloqueava ou prendia mesmo que por um momento de modo que não conseguisse fechá-la desta posição de grande abertura?
- | | | | |
|-----|--------------------------|----------|--------------------------|
| Não | <input type="checkbox"/> | Direito | <input type="checkbox"/> |
| Sim | <input type="checkbox"/> | Esquerdo | <input type="checkbox"/> |
| | | Não sabe | <input type="checkbox"/> |

Se respondeu NÃO na Pergunta 13 então terminou.

14. Nos últimos 30 dias, quando a sua mandíbula bloqueava ou prendia com a boca muito aberta, teve que fazer algo para a conseguir fechar incluindo descansar, mover, empurrar ou manobrá-la?
- | | | | |
|-----|--------------------------|----------|--------------------------|
| Não | <input type="checkbox"/> | Direito | <input type="checkbox"/> |
| Sim | <input type="checkbox"/> | Esquerdo | <input type="checkbox"/> |
| | | Não sabe | <input type="checkbox"/> |

Demographics

Demografia

1. Qual o seu estado civil atual?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Casado(a) | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) | <input type="checkbox"/> Viúvo(a) |
| <input type="checkbox"/> União de facto | <input type="checkbox"/> Separado(a) | <input type="checkbox"/> Nunca foi casado(a) |

2. Qual dos seguintes grupos melhor representa a sua origem?

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Africano | <input type="checkbox"/> Europeu | <input type="checkbox"/> Sul-americano |
| <input type="checkbox"/> Árabe | <input type="checkbox"/> Indiano | <input type="checkbox"/> Outro |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Norte-americano | |

3. Qual dos seguintes grupos melhor representa a origem dos seus antepassados? Marque todas as opções que se aplicam.

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Africano | <input type="checkbox"/> Europeu | <input type="checkbox"/> Sul-americano |
| <input type="checkbox"/> Árabe | <input type="checkbox"/> Indiano | <input type="checkbox"/> Outro |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Norte-americano | |

4. Qual o mais alto grau ou nível de escolaridade que completou?

- Sem escolaridade
- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Ensino Técnico/
Profissional
- Ensino Superior
- Mestrado/Doutoramento

5. Qual é o nível de rendimento anual do agregado familiar? Por favor inclua todas as fontes de rendimento para todos os membros da família tal como remunerações, salários, investimentos, etc.

- 0€-€5000
- €5001-€10.000
- €10.001-€13.500
- €13.501-€19.000
- €19.001-€27.500
- €27.501-€32.500
- €32.501-€40.000
- €40.001-€50.000
- €50.001-€100.000
- €100.001-€250.000
- > €250.00

Fonte: escalões de IRS AT

Examination: Pain-related Interview and Examiner Commands

8 Required Examination Commands

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

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

8.2 Examination-related Pain Interview

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

6.2.1 Escala de dor induzida por manobra

- Teve dor com esse movimento?**
- Se “SIM”:
 - Pode apontar com o dedo para cada área onde sentiu dor?**
 - Existe qualquer outra área onde sentiu dor com esse movimento? Aponte [com o dedo] para essas áreas.**
 - Vá para INQUÉRITO DOR FAMILIAR

6.2.2 Dor induzida à palpação

- Sentiu dor [na área onde eu apliquei pressão]?**
- Se “SIM”: Vá para INQUÉRITO DOR FAMILIAR.

6.2.3 Dor relacionada com estalido

- Esse estalido foi doloroso?**
- Se “SIM”: Vá para INQUÉRITO DOR FAMILIAR.

6.2.4 Inquérito Dor Familiar

- Esta dor é familiar com qualquer outra dor que teve nessa área nos últimos 30 dias?**
- SE SIM PARA DOR FAMILIAR: **Com que é familiar essa dor?**
- SE A ÁREA TEMPORAL É POSITIVA: **Essa dor é familiar com a sua dor de cabeça nessa área, nos últimos 30 dias?**
- O examinador verifica que as áreas de dor referidas nos últimos 30 dias são consistentes com a dor familiar relatada

6.2.5 Inquérito à dor referida

- Sentiu a dor apenas sob o meu dedo, ou sentiu também noutro lugar [em áreas diferentes da sua cabeça, face ou mandíbula]?**
- [Indique-me onde sentiu a dor]. Aponte com o seu dedo cada uma das áreas onde apenas sentiu dor [em resposta à minha pressão].**
- Sentiu dor noutro lugar?**

8.3 Required Components from Section 5: Complete Examiner Commands

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

CONSTRUCT	VERBAL COMMAND
E1. Confirmação pelo Examinador da Localização da Dor e da Dor de Cabeça	
<i>Identifying information</i>	<none>
<i>Instructions to the patient</i>	<p>Antes de começar o exame, quero rever algumas coisas consigo.</p> <p>Vou fazer-lhe perguntas acerca de dor, e apenas o senhor sabe se tem dor. Quando perguntar se tem dor, responda sim ou não; se não tem a certeza, escolha a resposta que lhe parecer mais correta.</p> <p>Se sentir dor, vou também perguntar-lhe se essa dor é familiar. Dor familiar refere-se a uma dor que é similar, ou como a dor que possa ter sentido nessa parte do seu corpo nos últimos 30 dias.</p> <p>Se sentir dor na área temporal, eu vou perguntar se a dor é como alguma dor de cabeça que possa ter tido na área temporal nos últimos 30 dias.</p>
<i>Scope of examination: anatomic areas of interest</i>	<p>Para o propósito deste exame, estou interessado na dor que possa ter nessas áreas...</p> <p>....e também dentro da sua boca.</p>
<i>E1a Location of pain: last 30 days</i>	<p>Nos últimos 30 dias, teve dor nestas regiões [que eu toquei]?</p> <p>SE "SIM":</p> <p>Poderia apontar com o dedo para cada uma das regiões onde teve dor [nos últimos 30 dias]?</p> <p>Existem outras regiões onde teve dor [nos últimos 30 dias]?</p> <p>Nos últimos 30 dias, teve alguma dor de cabeça?</p>
<i>E1b Location of headache in the last 30 days.</i>	<p>SE "SIM":</p> <p>Pode apontar com o seu dedo cada uma das regiões onde teve dor de cabeça [nos últimos 30 dias]?</p> <p>Existem outras regiões onde teve dor de cabeça [nos últimos 30 dias]?</p>
E2. Relações Incisivas	
<i>Select maxillary and mandibular reference teeth</i>	<i>Vou fazer algumas marcas a lápis nos seus dentes; Irei removê-las no final do exame.</i>
<i>Reference line – vertical overlap</i>	Coloque os seus dentes de trás bem juntos.
<i>Reference line – mandibular reference midline</i>	[Coloque os seus dentes de trás bem juntos.]
<i>Horizontal incisor</i>	[Coloque os seus dentes de trás bem juntos.]

CONSTRUCT	VERBAL COMMAND
<i>overjet</i>	
<i>Vertical incisor overlap</i>	<Peça ao doente para abrir o suficiente de forma a medir a sobremordida vertical.>
E3. Padrão de abertura (suplementar)	
<i>Starting Position</i>	Coloque os seus dentes de trás bem juntos.
<i>Opening Pattern</i>	Gostaria que abrisse a boca lentamente tanto quanto puder, mesmo se tiver dor, fechando-a a seguir colocando os seus dentes de trás bem juntos. Repita mais 2 vezes.
E4. Movimentos de abertura	
4A. ABERTURA SEM DOR	
<i>Starting position</i>	[Coloque a sua boca numa posição confortável.]
<i>Ruler position for vertical movement measurements</i>	<none>
<i>E4A Pain-free opening</i>	Gostaria que abrisse a sua boca o mais amplo que puder sem sentir qualquer dor ou sem aumentar alguma dor que possa ter neste momento.
4B. ABERTURA MÁXIMA NÃO ASSISTIDA	
<i>Starting position</i>	[Coloque a sua boca numa posição confortável.]
<i>E4B Maximum unassisted opening</i>	Gostaria que abrisse a boca o mais que puder, mesmo se tiver dor.
<i>E4B Post-MUO pain</i>	Teve alguma dor com esse movimento?
4C. ABERTURA MÁXIMA ASSISTIDA	
<i>Starting position</i>	[Coloque a sua boca numa posição confortável.]
<i>Instructions</i>	Daqui a pouco vou tentar, [se possível], alargar a abertura da sua boca com os meus dedos. Se quiser que pare, levante a mão e eu paro imediatamente.
	Vou usar uma régua. [pausa]
<i>E4C Maximum assisted opening</i>	Agora abra [a sua boca] o mais que puder, mesmo que tenha dor, exatamente como fez antes. [pausa] Vai sentir os meus dedos.
	Por favor, relaxe a sua mandíbula para que possa ajudá-lo a abri-la mais, se for possível. [pausa]
<i>E4C Post-MAO pain</i>	Teve alguma dor quando tentei alargar a abertura da sua boca com os meus dedos?

CONSTRUCT	VERBAL COMMAND
D. FIM DA ABERTURA MÁXIMA ASSISTIDA	
<i>E4D</i> <i>Opening</i> <i>terminated</i>	<none>
E5. Movimentos de lateralidade e protusão	
5A. EXCURSÃO LATERAL DIREITA	
<i>Right lateral</i> <i>excursion</i>	Abra ligeiramente, e mova a sua mandíbula para a direita o mais que puder, mesmo se tiver dor. Mantenha a sua mandíbula nessa posição até eu medir.
<i>E5A</i> <i>Measurement</i>	<none>
<i>Return jaw</i>	
<i>E5A</i> <i>Post excursion</i> <i>pain</i>	Teve alguma dor com esse movimento?
5B. EXCURSÃO LATERAL ESQUERDA	
<i>Left lateral</i> <i>excursion</i>	Abra ligeiramente, e mova a sua mandíbula para a esquerda o mais que puder, mesmo se tiver dor. Mantenha a sua mandíbula nessa posição até eu medir.
<i>E5B</i> <i>Measurement</i>	<none>
<i>Return jaw</i>	
<i>E5B</i> <i>Post excursion</i> <i>pain</i>	Teve alguma dor com esse movimento?
5C. PROTRUSÃO	
<i>Protrusive</i> <i>excursion</i>	Abra ligeiramente, e mova a sua mandíbula para a frente o mais longe que puder, mesmo se tiver dor. Mantenha a sua mandíbula nessa posição até eu medir.
<i>E5C</i> <i>Measurement</i>	<none>
<i>Return jaw</i>	
<i>E5C</i> <i>Post protrusion</i> <i>pain</i>	Teve alguma dor com esse movimento?

CONSTRUCT	VERBAL COMMAND
E6. Ruídos das ATM durante os movimentos de abertura e fecho	
<i>Hand position for palpation of joint noise</i>	<none>
<i>Instructions regarding joint noise</i>	<p>Vou avaliar as suas articulações mandibulares para saber se fazem algum tipo de ruídos. Gostaria que estivesse atento também, pois no fim vou perguntar se ouviu ou sentiu qualquer tipo de ruídos.</p> <p>[Atenção a ambas as articulações.]</p>
<i>Full closure of mandible</i>	Coloque os dentes de trás bem juntos.
<i>Examiner detection of open and closing joint noise</i>	<p>Abra a boca lentamente tanto quanto puder, mesmo se tiver dor, fechando-a a seguir, lentamente, colocando os seus dentes de trás bem juntos.</p> <p>Repita mais 2 vezes.</p>
<i>Patient inquiry regarding joint noise</i>	<p>Ouviu ou sentiu ruídos em ambas as articulações da mandíbula ao abrir ou fechar?</p> <p>SE "SIM": Que tipo de ruído?</p>
<i>Pain inquiry</i>	<p>SE O PACIENTE RELATA ESTALIDO:</p> <p>Teve alguma dor quando o estalido ocorreu?</p>
E7. Ruídos da ATM Durante os Movimentos Lateral e Protrusivo	
<i>General</i>	<none>
<i>Joint sounds: lateral and protrusive movements</i>	<p>[Executar o seguinte conjunto de procedimentos para examinar cada uma das articulações direita e esquerda. Diga ao doente qual a articulação em análise.]</p> <p>Coloque os seus dentes de trás completamente juntos, abra ligeiramente e mova a sua mandíbula para a direita, tanto quanto puder, mesmo se tiver dor; mova a sua mandíbula para a posição inicial e coloque os seus dentes de trás bem juntos.</p> <p>Repita mais 2 vezes.</p> <p>Coloque os seus dentes de trás completamente juntos, abra ligeiramente e mova a sua mandíbula para a esquerda, tanto quanto puder, mesmo se tiver dor; mova a sua mandíbula para a posição inicial e coloque os seus dentes de trás bem juntos.</p> <p>Repita mais 2 vezes.</p> <p>Coloque os seus dentes de trás completamente juntos, abra ligeiramente e mova a sua mandíbula para a frente, tanto quanto puder, mesmo se tiver dor; mova a sua mandíbula para a posição inicial e coloque os seus dentes de trás bem juntos.</p> <p>Repita mais 2 vezes.</p>
<i>Inquiry regarding joint sounds</i>	Ouviu ou sentiu algum tipo de ruídos nesta [direita, esquerda] articulação quando moveu a sua mandíbula para a frente ou para o lado?

CONSTRUCT	VERBAL COMMAND
SE "SIM": Que tipo de ruído?	

CONSTRUCT	VERBAL COMMAND
<i>Pain inquiry</i>	SE O DOENTE REFERE ESTALIDO: Sentiu alguma dor quando ocorreu o estalido?
E8. Articulação Bloqueada	
<i>Locking Closed</i>	Pode "desbloquear" a sua mandíbula?
<i>Locking Open</i>	Pode "desbloquear" a sua mandíbula?
E9. Dor muscular e na ATM à palpação	
<i>Introduction</i>	<p>Agora vou exercer pressão em diferentes áreas da sua cabeça, face e mandíbula, e vou perguntar se tem dor, dor familiar e dor de cabeça familiar.</p> <p>Além disso, vou perguntar se a dor permanece apenas sob o meu dedo ou se a sentiu também em qualquer outro lugar, além de debaixo do meu dedo.</p> <p>Vou prender a sua atenção para as palavras "dor ", "dor familiar", "dor de cabeça familiar" e "somente sob o meu dedo?".</p> <p>[Perguntas "manifestar-se em qualquer outro lugar?" pode ser usado em vez de "apenas sob meu dedo" se o examinador preferir.]</p> <p>De cada vez, vou aplicar pressão e mante-la durante 5 segundos.</p>
<i>Calibration</i>	<none>
<i>Temporalis & masseter</i>	<none>
<i>Calibration</i>	<none>
<i>TMJ: lateral pole</i>	Abra ligeiramente, e avance a mandíbula, e a seguir mova-a de volta para sua posição normal, com os dentes levemente separados.
<i>Calibration</i>	<none>
<i>TMJ: around lateral pole</i>	Abrir ligeiramente, e avance a mandíbula um pouco, e mantenha-a aí.
E10. Áreas suplementares de palpação	
<i>Calibration</i>	<none>
<i>Posterior mandibular region</i>	Relaxe a sua mandíbula.
<i>Submandibular region</i>	Relaxe a sua mandíbula.
<i>Lateral pterygoid area</i>	Abra ligeiramente e mova a sua mandíbula para o lado.
<i>Tendon of the temporalis</i>	Abra a boca.

CONSTRUCT	VERBAL COMMAND
E11. Examiner Comments	
<i>Examination comments</i>	<none>
END OF DC/TMD EXAMINATION	

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)

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	<input type="radio"/> If negative			mm	Vertical Incisal Overlap	<input type="radio"/> If negative			mm	Midline Deviation	<input type="radio"/> Right	<input type="radio"/> Left	<input type="radio"/> N/A			mm
----------------------------	-----------------------------------	--	--	----	--------------------------	-----------------------------------	--	--	----	-------------------	-----------------------------	----------------------------	---------------------------	--	--	----

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

- Straight
 Corrected deviation
 Uncorrected Deviation
 Right
 Left

4. Opening Movements

A. Pain Free Opening

--	--

 mm

RIGHT SIDE

LEFT SIDE

B. Maximum Unassisted Opening

--	--

 mm

	RIGHT SIDE			LEFT SIDE		
	Pain	Familiar Pain	Familiar Headache	Pain	Familiar Pain	Familiar Headache
Temporalis	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Temporalis	(N) (Y)	(N) (Y)
Masseter	(N) (Y)	(N) (Y)		Masseter	(N) (Y)	
TMJ	(N) (Y)	(N) (Y)		TMJ	(N) (Y)	
Other M Musc	(N) (Y)	(N) (Y)		Other M Musc	(N) (Y)	
Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)		Non-mast	(N) (Y)	

C. Maximum Assisted Opening

--	--

 mm

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

D. Terminated? (N) (Y)

5. Lateral and Protrusive Movements

A. Right Lateral

--	--

 mm

	RIGHT SIDE			LEFT SIDE		
	Pain	Familiar Pain	Familiar Headache	Pain	Familiar Pain	Familiar Headache
Temporalis	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	Temporalis	(N) (Y)	(N) (Y)
Masseter	(N) (Y)	(N) (Y)		Masseter	(N) (Y)	
TMJ	(N) (Y)	(N) (Y)		TMJ	(N) (Y)	
Other M Musc	(N) (Y)	(N) (Y)		Other M Musc	(N) (Y)	
Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)		Non-mast	(N) (Y)	

B. Left Lateral

--	--

 mm

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

C. Protrusion

--	--

 mm

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

If negative

6. TMJ Noises During Open & Close Movements

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

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

7. TMJ Noises During Lateral & Protrusive Movements

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

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

8. Joint Locking

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

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

9. Muscle & TMJ Pain with Palpation

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

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

10. Supplemental Muscle Pain with Palpation

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

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

11. Comments

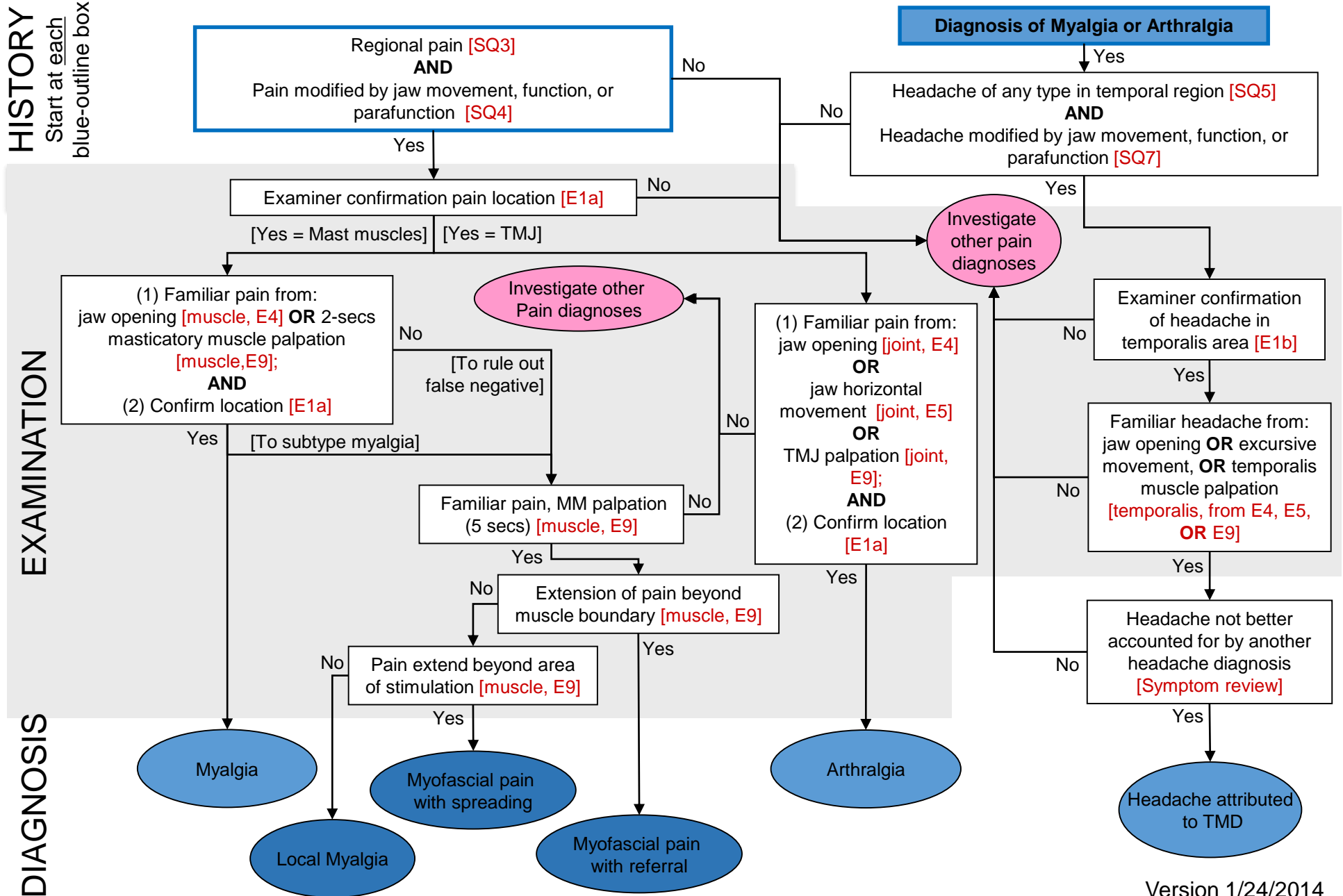
Diagnosis

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

Decision Tree (English)

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

Pain-Related TMD and Headache

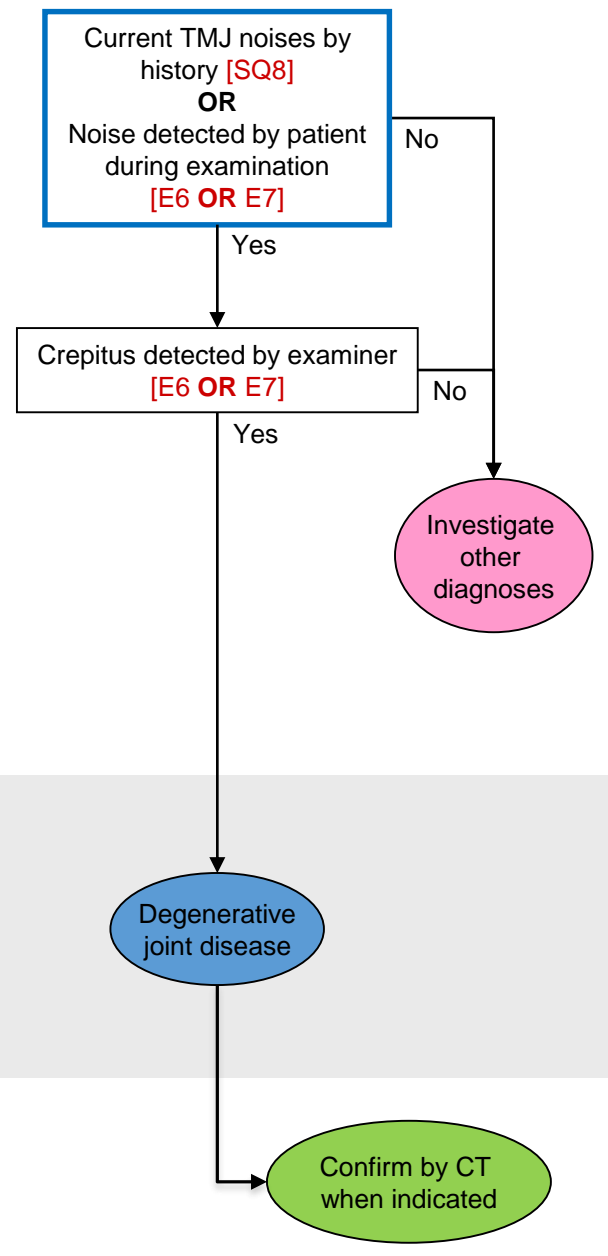
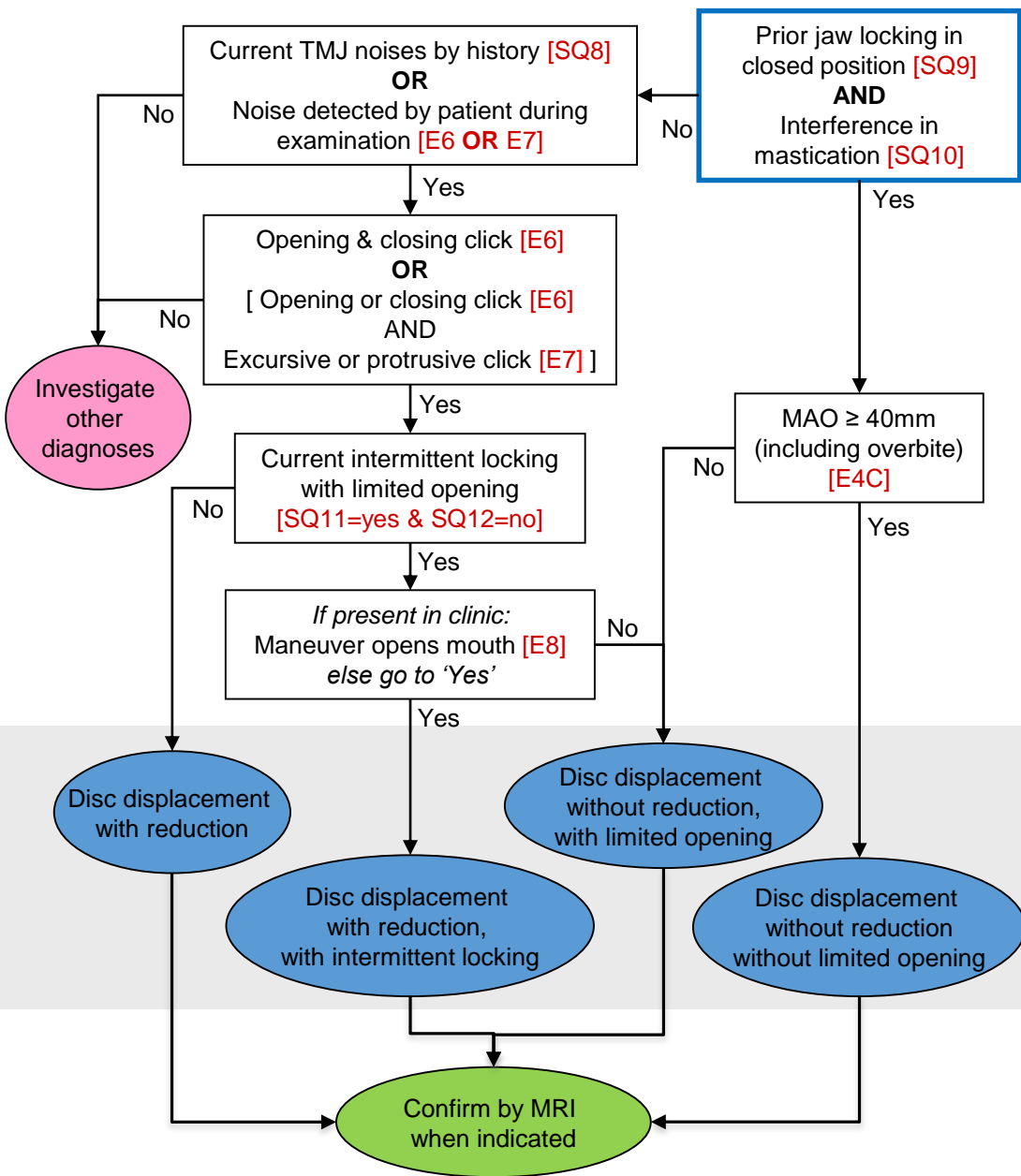


Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): Diagnostic Decision Tree

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, 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	History		Examination	
Disorder	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

Version 10/23/2015	History		Examination	
<i>Disorder</i>	<i>Criteria</i>	<i>SQ</i>	<i>Criteria</i>	<i>Examination Form</i>
<u>Myofascial Pain with Referral</u> (ICD-9 729.1) <ul style="list-style-type: none"> Sens 0.86 Spec 0.98 	[same as for Myalgia]	[SQ3 & SQ4]	Confirmation of pain in masticatory muscle(s)	E1a
			Familiar pain with muscle palpation	E9: familiar pain in masseter or temporalis; or E10: familiar pain in supplemental muscles, if E10 included
			Referred pain with muscle palpation	E9: positive referred pain; or E10: positive referred pain, if E10 included
Arthralgia (ICD-9 524.62) <ul style="list-style-type: none"> Sens 0.89 Spec 0.98 	Pain in a masticatory structure	SQ3	Confirmation of pain in TMJ(s)	E1a
	Pain modified by jaw movement, function, or parafunction	SQ4	Familiar pain with TMJ palpation or range of motion	E4b, E4c, E5a-c, or E9: familiar pain in TMJ
Headache Attributed to TMD (ICD-9 339.89 [other specified headache syndrome], or ICD-9 784.0 [headache]) <ul style="list-style-type: none"> Sens 0.89 Spec 0.87 Note that for a secondary headache diagnosis, a primary diagnosis of either myalgia or arthralgia is required.	Headache of any type in temporal region	SQ5	Confirmation of headache in temporalis muscle	E1b
	Headache affected by jaw movement, function, or parafunction	SQ7	Report of familiar headache in temporalis area from either: a. Palpation of the temporalis muscle or b. Range of motion of jaw	E4b, E4c, E5a-c, or E9: familiar headache pain in the temporalis muscle

Version 10/23/2015	History		Examination	
Disorder	Criteria	SQ	Criteria	Examination Form
Joint Disorders				
Disc Displacement with Reduction (ICD-9 524.63) • Sens 0.34 • Spec 0.92	Current TMJ noises by history, OR	SQ8	Click(s) with opening <u>and</u> closing, OR	E6: (open & close) click, OR
	Patient reports noise during the examination	E6 or E7: noise reported by patient	Both (a) click with opening or closing, and (b) click with lateral or protrusive movements	E6: (open or close) click, and E7: click
Disc Displacement with Reduction, with Intermittent Locking (ICD-9 524.63) • Sens 0.38 • Spec 0.98	[same as disc displacement with reduction]	[same as DD with red]	[same as disc displacement with reduction]	[same as DD with red]
	Current intermittent locking with limited opening	SQ11=yes SQ12=no	When disorder present in clinic: maneuver required to open mouth	E8 (optional)
Disc Displacement without Reduction, with Limited Opening (ICD-9 524.63) • Sens 0.80 • Spec 0.97	Current* TMJ lock with limited opening	SQ9	Passive stretch (maximum assisted opening) < 40mm	E4c < 40mm including vertical incisal overlap
	Limitation severe enough to interfere with ability to eat	SQ10		
Disc Displacement without Reduction, without Limited Opening (ICD-9 524.63) • Sens 0.54 • Spec 0.79	Prior* TMJ lock with limited opening	SQ9	Passive stretch (maximum assisted opening) ≥ 40mm	E4c ≥ 40mm including vertical incisal overlap
	Limitation severe enough to interfere with ability to eat	SQ10		
Degenerative Joint Disease (ICD-9 715.18) • Sens 0.55 • Spec 0.61	Current TMJ noises by history, OR	SQ8	Crepitus during jaw movement	E6 or E7: crepitus detected by examiner
	Patient reports noise during the examination	E6 or E7: noise reported by patient		
Subluxation (ICD-9 830.0) • Sens 0.98 • Spec 1.00	TMJ locking or catching in wide open jaw position	SQ13	When disorder present in clinic: maneuver required to close mouth	E8 (optional)
	Unable to close mouth without specific maneuver	SQ14		

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

Changes to this document

Oct 23, 2015

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

May 25, 2014

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

April 29, 2014

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

Axis II Assessment

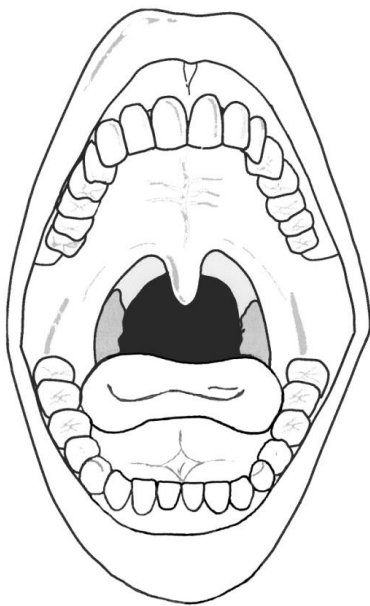
Standard Usage		Instrument	Source
Screening	Complete		
✓	✓	Pain Drawing	Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013
✓	✓	Graded Chronic Pain Scale Version 2.0	Von Korff M. Assessment of chronic pain in epidemiological and health services research: empirical bases and new directions. In: Turk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

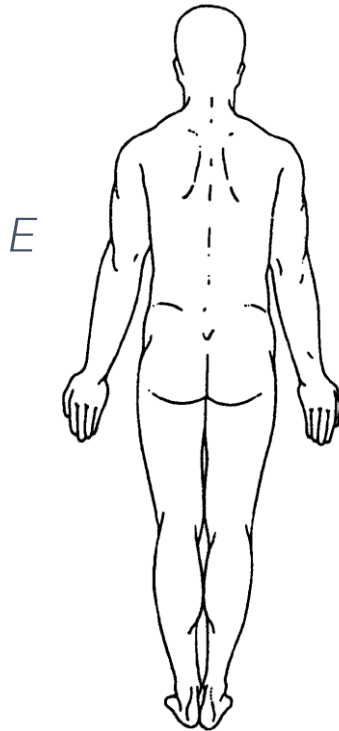
Pain Drawing

Desenho da dor

Indique a localização de **TODOS** os seus tipos de dor diferentes, sombreando a área em questão, usando os diagramas que são mais relevantes. Se existir um ponto exato onde a dor está localizada, indique com um ponto a preto (●). Se a sua dor se move de uma localização para outra, use setas para indicar o trajeto.



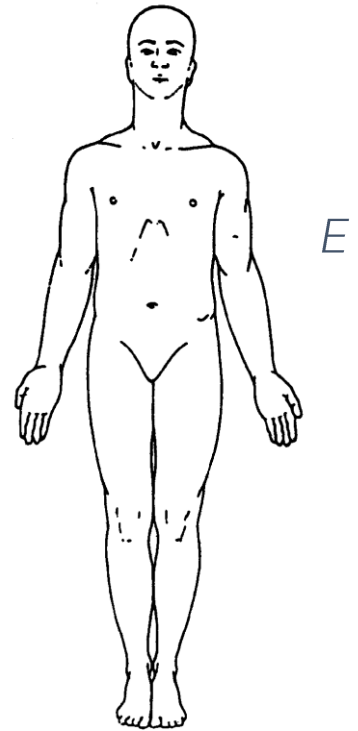
Boca e dentes



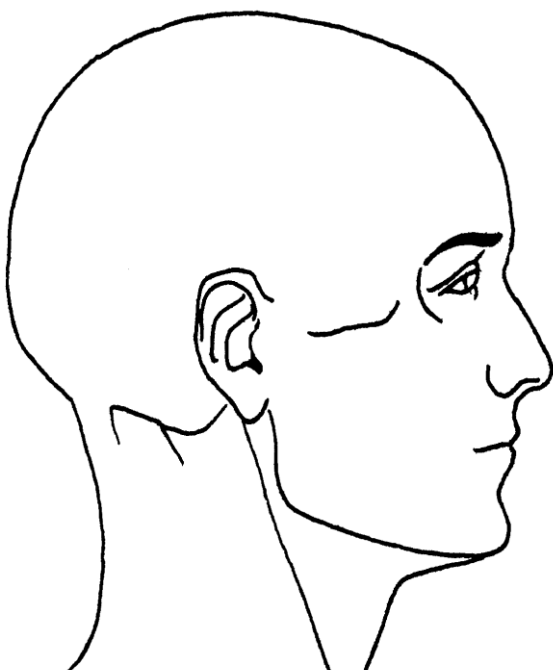
E

D

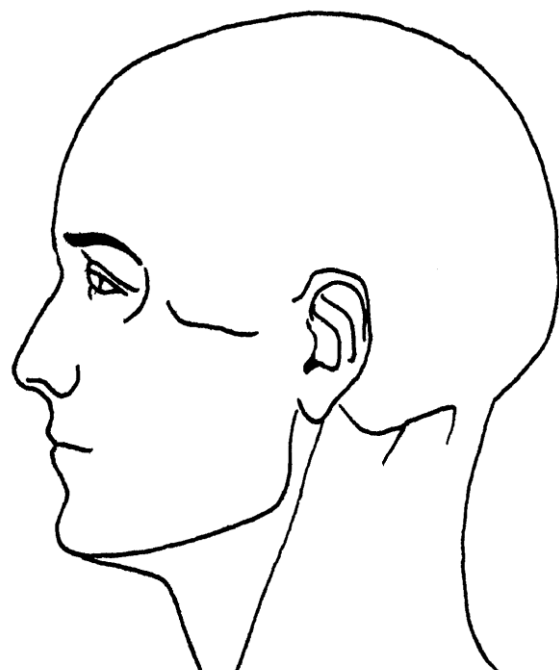
D



E



Face direita



Face esquerda

Graded Chronic Pain (version 2)

Escala Graduada de Dor Crónica

1. Nos últimos 6 meses, durante quantos dias teve dor facial? _____ dias

2. Como classifica, em termos de intensidade, a sua dor facial **NESTE MOMENTO**? Considerando uma escala de 0 a 10, onde 0 significa "sem dor" e 10 corresponde a "uma dor tão má quanto esta poderia ser".

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor									Uma dor tão má quanto esta poderia ser

3. Nos ÚLTIMOS 30 DIAS, como classifica em termos de intensidade a sua **PIOR** dor facial? Considerando a mesma escala, onde 0 significa "sem dor" e 10 corresponde a "uma dor tão má quanto esta poderia ser".

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor									Uma dor tão má quanto esta poderia ser

4. Nos ÚLTIMOS 30 DIAS, como classifica, **EM MÉDIA**, a sua dor facial? Considerando a mesma escala, onde 0 significa "sem dor" e 10 corresponde a "uma dor tão má quanto esta poderia ser". [Isto é, a sua dor familiar, nos momentos que em estava com dor]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor									Uma dor tão má quanto esta poderia ser

5. Nos ÚLTIMOS 30 DIAS, quantos dias esteve impedido de realizar os seus **AFAZERES HABITUAIS** como trabalhar, ir à escola ou realizar tarefas domésticas, devido à presença de dor facial?

_____ dias

6. Nos ÚLTIMOS 30 DIAS, quanto é que a dor facial interferiu com a normal realização das suas **ATIVIDADES DIÁRIAS**? Use uma escala de 0-10, em que 0 corresponde a "sem interferência" e 10 corresponde a "incapaz de levar a cabo qualquer atividade".

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem interferência									Incapaz de levar a cabo qualquer atividade

7. Nos ÚLTIMOS 30 DIAS, quanto é que a dor facial interferiu com a normal realização das suas **ATIVIDADES DE LAZER, SOCIAIS E FAMILIARES**? Use a mesma escala, em que 0 corresponde a "sem interferência" e 10 corresponde a "incapaz de levar a cabo qualquer atividade".

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem interferência									Incapaz de levar a cabo qualquer atividade

8. Nos ÚLTIMOS 30 DIAS, quanto é que a dor facial interferiu com a sua **CAPACIDADE PARA TRABALHAR**, incluindo as tarefas domésticas? Use a mesma escala, em que 0 corresponde a "sem interferência" e 10 corresponde a "incapaz de levar a cabo qualquer atividade".

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem interferência									Incapaz de levar a cabo qualquer atividade

JFLS-8

Escala de Limitação Funcional Maxilar - 8

Para cada um dos itens abaixo, por favor indique o grau de limitação durante o último mês. Se a atividade foi completamente evitada porque é muito difícil de realizar, faça um círculo no número 10. Se a atividade foi evitada por razões que não a dor ou a dificuldade, deixe o item em branco.

		Sem limitação									Limitação grave
1.	Mastigar alimentos rijos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	Mastigar frango (por exemplo, assado no forno)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Ingerir alimentos moles que não requeiram mastigação (por exemplo, puré de batata, creme de maçã, pudim, alimentos esmagados)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Abrir a boca o suficiente para beber de um copo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Engolir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	Bocejar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	Falar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.	Sorrir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

JFLS-20

Escala de Limitação Funcional Maxilar - 20

Para cada um dos itens abaixo, por favor indique o grau de limitação durante o último mês. Se a atividade foi completamente evitada porque é muito difícil de realizar, faça um círculo no número 10. Se a atividade foi evitada por razões que não a dor ou a dificuldade, deixe o item em branco.

	Sem limitação										Limitação grave									
1. Mastigar alimentos rijos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Mastigar pão duro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Mastigar frango (por exemplo, assado no forno)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Mastigar biscoitos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Mastigar alimentos moles (por exemplo, massa, fruta mole ou enlatada, vegetais cozinhados, peixe)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Ingerir alimentos moles que não requeiram mastigação (por exemplo, purê de batata, creme de maçã, pudim, alimentos esmagados)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Abrir a boca o suficiente para trincar uma maçã inteira	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Abrir a boca o suficiente para trincar uma sanduíche	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Abrir a boca o suficiente para falar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Abrir a boca o suficiente para beber de um copo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Engolir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Bocejar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Falar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Cantar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Fazer uma cara alegre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Fazer uma cara zangada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Franzir o sobrolho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Beijar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Sorrir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Dar uma gargalhada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

PHQ-4

Questionário de Saúde do Paciente - 4

Nas últimas 2 semanas, com que frequência foi incomodado pelos seguintes problemas? Por favor coloque um visto na caixa para indicar a sua resposta.

	Nenhum 0	Vários dias 1	Mais de metade dos dias 2	Quase todos os dias 3
1. Sinto-me nervoso, ansioso e inquieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Não consigo parar ou controlar a preocupação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentir-se em baixo, deprimido ou sem esperança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESULTADO TOTAL = ____

Se assinalou qualquer um destes problemas, quão difícil é que estes problemas tornaram para si trabalhar, realizar as tarefas em casa, ou relacionar-se com outras pessoas?

Nada difícil <input type="checkbox"/>	Algo difícil <input type="checkbox"/>	Muito difícil <input type="checkbox"/>	Extremamente difícil <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

PHQ-9

Questionário de Saúde do Paciente - 9

Nas **últimas 2 semanas**, com que frequência foi incomodado pelos seguintes problemas? Por favor coloque um visto na caixa para indicar a sua resposta.

	Nenhum 0	Vários dias 1	Mais de metade dos dias 2	Quase todos os dias 3
1. Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentir-se em baixo, deprimido ou sem esperança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter problemas em adormecer ou continuar a dormir, ou dormir demais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentir-se cansado ou com pouca energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pouco apetite ou comer demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sentir-se mal consigo próprio - ou que é um fracasso, ou que se desiluiu a si próprio ou à sua família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ter problema a concentrar-se em coisas, tais como ler o jornal ou ver televisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mexer-se ou falar tão lentamente que as outras pessoas possam ter reparado? Ou o oposto - estar tão agitado ou inquieto que se mexe muito mais que o normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensar que estaria melhor morto ou que quer magoar-se de alguma forma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESULTADO TOTAL = ____

Se assinalou qualquer um destes problemas, quão difícil é que estes problemas tornaram para si trabalhar, realizar as tarefas em casa, ou relacionar-se com outras pessoas?

Nada difícil <input type="checkbox"/>	Algo difícil <input type="checkbox"/>	Muito difícil <input type="checkbox"/>	Extremamente difícil <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

GAD-7

GAD - 7

Durante as últimas duas semanas, com que frequência tem sido incomodado pelos seguintes problemas? Por favor coloque um visto na caixa para indicar a sua resposta.

	Nenhum 0	Vários dias 1	Mais de metade dos dias 2	Quase todos os dias 3
1. Sinto-me nervoso, ansioso e inquieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Não consigo parar ou controlar a preocupação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Preocupo-me demais com diferentes coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tenho problemas em relaxar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto-me tão inquieto que é difícil manter-me quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinto-me facilmente irritado ou irritável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sinto-me com medo que algo de terrível possa acontecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESULTADO TOTAL = ____

Se assinalou qualquer um destes problemas, quão difícil é que estes problemas tornaram para si trabalhar, realizar as tarefas em casa, ou relacionar-se com outras pessoas?

Nada difícil <input type="checkbox"/>	Algo difícil <input type="checkbox"/>	Muito difícil <input type="checkbox"/>	Extremamente difícil <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

PHQ-15

Questionário de Saúde do Paciente - 15: Sintomas Físicos

Durante as últimas 4 semanas, quão incomodado foi por algum dos seguintes problemas? Por favor coloque uma marca na caixa para indicar a sua resposta.

	Nada incomodado 0	Um pouco incomodado 1	Muito incomodado 2
1. Dores de estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dores de costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dores nos braços, pernas, ou articulações (joelhos, ancas, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cólicas menstruais ou outros problemas durante o seu período (apenas para mulheres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dores no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sensação de desmaio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sentir o seu coração a pulsar ou a bater rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dificuldades na respiração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dores ou problemas durante o ato sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Obstipação, intestinos soltos ou diarreia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Náuseas, gases ou indigestão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se cansado ou com pouca energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Problemas em dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESULTADO TOTAL = _____

Oral Behaviors Checklist

Lista de Controlo de Comportamentos Orais

**Com que frequência faz cada uma das seguintes atividades, tendo como base o último mês?
Se a frequência da atividade varia, escolha a opção mais elevada. Por favor, coloque um (✓) em cada item de resposta e não avance nenhum item.**

Atividades durante o sono		Nenhuma vez	<1 Noites/mês	1-3 Noites/mês	1-3 Noites/semana	4-7 Noites/semana
1.	Aperta ou range os dentes durante o sono, baseado em qualquer informação que possa ter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Dorme numa posição em que coloca pressão na mandíbula (por exemplo, de barriga para baixo, de lado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividades durante o dia		Nenhuma vez	Um pouco do tempo	Algum do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
3.	Range os dentes durante as horas em que está acordado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Aperta os dentes durante as horas em que está acordado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Pressiona, toca ou mantém os dentes juntos sem que seja para comer (isto é, contato entre os dentes de cima e os de baixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Segura, aperta ou cria tensão muscular sem apertar ou juntar os dentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Mantém ou projeta a mandíbula para a frente ou para o lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Pressiona com força a língua contra os dentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Coloca a língua entre os dentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Morde, mastiga ou brinca com a sua língua, bochechas ou lábios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Mantém a mandíbula numa posição rígida ou tensa, como se fosse preparar para um impacto ou proteger a mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Mantém entre os dentes ou morde objetos, tais como, cabelo, cachimbo, lápis, canetas, dedos, unhas, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Utiliza pastilha elástica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Toca instrumento musical que envolva o uso da boca ou mandíbula (por exemplo, instrumentos de sopro, metal ou madeira, ou instrumentos de corda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Inclina-se com a mandíbula sobre a sua mão, por exemplo, em concha ou a descansar o queixo na mão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Mastiga a comida só de um lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Come entre refeições (isto é, comida que requeira mastigação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Fala durante períodos prolongados (por exemplo, ensina, vende, apoio ao consumidor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Canta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Boceja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Segura o telefone entre a sua cabeça e os ombros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>