

Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments (Swedish)

International RDC/TMD Consortium Network

Editor: Richard Ohrbach

Version: 20Jan2014

www.rdc-tmdinternational.org

Diagnostiska Kriterier för Temporomandibulär Dysfunktion: Klinisk undersökningsmetodik och Utvärderingsinstrument

Swedish translation by

Per Alstergren, DDS, PhD/Med Dr (Co-team leader)

Birgitta Häggman-Henrikson, DDS, PhD/Med Dr

EwaCarin Ekberg, DDS, PhD/Odont Dr

Kristin Harfeldt, DDS

Sara Dahl Nordin, DDS

Thomas List, DDS, PhD/Odont Dr (Team leader)

Collaborators

Maria Pigg DDS, PhD/Odont Dr

Fredrik Hedlund

Department of Orofacial Pain and Jaw Function

Faculty of Odontology

Malmö University

Malmö, Sweden

Accepted May 2nd 2016 by the Consortium

Translation available at www.RDC-TMDinternational.org

CONTENTS

Overview	3
Printing Guidance	4
How to Cite This Document	5
Acknowledgments	7
Axis I Assessment	8
TMD Pain Screener	9
Symptom Questionnaire	11
Demographics	14
Examination: Pain-related Interview and Examiner Commands	17
Clinical examination Form (FDI)	26
Diagnosis	29
Decision Tree	30
Diagnostic Criteria Table	33
Axis II Assessment	39
Pain Drawing	41
Graded Chronic Pain (version 2)	44
JFLS-8	46
JFLS-20	48
PHQ-4	50
PHQ-9	52
GAD-7	54
PHQ-15	56
Oral Behaviors Checklist	58

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 Consortium standards; see Ohrbach R, Bjorner J, Jezewski MA, John MT, and Lobbezoo F (2013) Guidelines for Establishing Cultural Equivalency of Instruments; and Ohrbach R (2014) Translation and Adaptation of the DC/TMD Protocol, available at the same URL indicated above. Please refer to these documents for specific procedures and requirements that the translated instruments adhere to with regard to appropriate semantic and cultural validity compared to the source documents. Note that the Consortium views the assessment protocol and its instruments to be under continued development, and it also considers translated versions of those assessment instruments to be works in progress, with validation an ongoing process just as for the source instruments. Finally, the format of this document is also subject to revision; this is version 2016_06_08.

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

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

Printing Guidance

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

Section	Page(s)
Axis I: TMD Pain Screener	10
Axis I: All clinical forms	12-13, 15-16, 27-28
Axis I: Pain-related Interview and Examiner Commands	18-25
Axis I: Diagnostic trees and criteria tables	31-32, 34-38
Axis II: Screening	42, 45, 47, 51, 59-60
Axis II: Comprehensive	42, 45, 49, 53, 55, 57, 59-60

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. [Diagnostiska Kriterier för Temporomandibulär Dysfunktion (DC/TMD) Klinisk Undersökningsmetodik och Utvärderingsinstrument: Swedish Version 07June2016]. Alstergren P, Häggman-Henrikson B, Ekberg EC, Harfelt K, Dahl Nordin S, List T, 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. [Diagnostiska Kriterier för Temporomandibulär Dysfunktion (DC/TMD) Klinisk

Undersökningsmetodik och Utvärderingsinstrument: Swedish Version 07June2016]. Alstergren P, Häggman-Henrikson B, Ekberg EC, Harfelt K, Dahl Nordin S, List T, 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. [Diagnostiska Kriterier för Temporomandibulär Dysfunktion (DC/TMD) Klinisk Undersökningsmetodik och Utvärderingsinstrument: Swedish Version 07June2016]. Alstergren P, Häggman-Henrikson B, Ekberg EC, Harfelt K, Dahl Nordin S, List T, Trans. 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. [Diagnostiska Kriterier för Temporomandibulär Dysfunktion (DC/TMD) Klinisk Undersökningsmetodik och Utvärderingsinstrument: Swedish Version 07June2016]. Alstergren P, Häggman-Henrikson B, Ekberg EC, Harfelt K, Dahl Nordin S, List T, Trans. Trans. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on <date>.
4. Citation of the self-report scoring manual
 - a. If only English version of this document is used, then cite the following:
 - i. Ohrbach R, Knibbe W. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Scoring Manual for Self-Report Instruments. Version 29May2016. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on <date>.
5. Use of only part of the DC/TMD Axis II
 - a. If only English versions of the instruments are used, the user should cite the original source of the instrument(s) that is/are used. For example, only the TMD Pain Screener and the JFLS are used in a given application; then the user would cite Gonzalez et al, 2011, and Ohrbach et al, 2008, respectively.
 - b. If translated versions of the instruments were used, then the user would cite the source instruments as well as the fully translated assessment instrument document.

Acknowledgments

The DC/TMD is the result of many, many individuals and sponsors, and the assessment instruments in this document are an outcome of that very large process. Ohrbach and Dworkin, *Journal of Dental Research*, 2016 provide, as published acknowledgments, a full list of all of the contributors to the DC/TMD from research, publications, and workshops. This document, as a container for the assessment instruments in both English and translated forms, is yet another collaboration. To that end, I thank Thomas List (Malmö, Sweden) and Ambra Michelotti (Naples, Italy) for their assistance regarding the structure and formatting of the compiled 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 System	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

Smärtscreening

1. Under de senaste 30 dagarna, hur länge varade eventuell smärta i käke eller tinningområde på någon sida?

- Ingen smärta
- Smärtan kommer och går
- Smärtan finns hela tiden

2. Under de senaste 30 dagarna, har du haft smärta eller stelhet i din käke vid uppvaknandet?

- Ja Nej

3. Har någon av följande aktiviteter påverkat (lindrat eller förvärrat) din smärta från käken, tinningen, örat eller framför örat under de senaste 30 dagarna?

- | | Ja | Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Tugga hård eller seg mat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gapa eller röra käken framåt eller åt sidorna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vanor som att bita samman, pressa/gnissla tänder eller tugga tuggummi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andra aktiviteter som att tala, kyssa eller gäspa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Symptom Questionnaire



MALMÖ HÖGSKOLA

Version 2016-06-10

Smärta och funktionsstörningar i käkar

Smärta

- Ja Nej
- 1 Har du någonsin känt smärta i käke, tinning, i öra eller framför öra på någon sida?
Vid svar "Nej", gå till fråga 5.
- 2 För hur många år eller månader sedan kände du smärtor i käke, tinning, öra eller framför öra för första gången? år månader
- 3 Vilket alternativ beskriver bäst dina smärtor i käken, tinningen, örat eller framför örat på någon sida under de senaste 30 dagarna.
Välj ETT alternativ. Ingen smärta
Vid svar "Ingen smärta", gå till fråga 5. Smärtan kommer och går
Smärtan finns hela tiden
- 4 Har någon av följande aktiviteter påverkat (lindrat eller förvärrat) din smärta från käken, tinningen, örat eller framför örat under de senaste 30 dagarna?
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Tugga hård eller seg mat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gapa eller röra käken framåt eller åt sidorna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vanor som att bita samman, pressa/gnissla tänder eller tugga tuggummi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andra aktiviteter som att tala, kyssa eller gäspa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Huvudvärk

- Ja Nej
- 5 Har du haft huvudvärk i tinningregionen under de senaste 30 dagarna?
Vid svar "Nej", gå till fråga 8.
- 6 För hur många år eller månader sedan kände du huvudvärken i tinningarna för första gången? år månader
- 7 Har någon av följande aktiviteter påverkat (lindrat eller förvärrat) huvudvärken i tinningregionen under de senaste 30 dagarna?
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Tugga hård eller seg mat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gapa eller röra käken framåt eller åt sidorna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vanor som att bita samman, pressa/gnissla tänder eller tugga tuggummi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andra aktiviteter som att tala, kyssa eller gäspa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Käkleddsljud

- 8 Har du haft något käkleddsljud i samband med att du har rört käken under de senaste 30 dagarna?

Ja Nej Hö Vä

Käklåsning

- 9 Har din käke någonsin låst eller hakat upp sig för ett ögonblick så att den inte gick att öppna fullständigt?
 Vid svar "Nej", gå till fråga 13.

- 10 Var låsningen eller upphakningen så allvarlig att den begränsade din förmåga att gapa och störde din förmåga att äta?

- 11 Har din käke låst sig under de senaste 30 dagarna så att du inte kunnat gapa fullständigt, ens för ett ögonblick, för att därefter lossna så att du kunde gapa fullständigt?
 Vid svar "Nej", gå till fråga 13.

- 12 Är din käke låst eller begränsad för närvarande så att du inte kan gapa fullständigt?

Luxation

- 13 Har käken hakat upp sig eller låst sig, ens för ett ögonblick, i samband med att du har gapat stort så att du inte kunnat stänga munnen från det öppna läget, under de senaste 30 dagarna?
 Vid svar "Nej", gå till fråga 15.

Ja Nej Hö Vä

- 14 Har du behövt hjälpa till för att stänga munnen när den har varit låst eller har fastnat i gapande läge genom att vila, röra eller trycka på käken under de senaste 30 dagarna?

Bett och trauma

- 15 Har du märkt att ditt bett har förändrats under de senaste 6 månaderna?

Ja Nej

- 16 Känns ditt bett obekvämt eller obehagligt när du biter samman?

- 17 Har du nyligen fått ett slag eller skada i ansiktet mot käken?
 Om du svarat "Ja", hade du smärta i käken före skadan?

Demographics



MALMÖ HÖGSKOLA

Version

2015-05-26

Personnummer

Namn

Allmänna frågor

1. Var är du född?

Sverige

Annat land

Vilket land?

2. Om du är född i ett annat land än Sverige, hur gammal var du när du flyttade till Sverige?

3. Dina föräldrars födelseland?

Mor

Far

4. Vilken är den högsta utbildning som du har slutfört?

Grundskola

Gymnasium

Kvalificerad yrkesutbildning

Folkhögskola

Universitet/högskola

Annan utbildning

%

5. Vilken är din sysselsättning för närvarande (ange även %, totalt 100%)?

Förvärvsarbete

Studering

Hemmafru/hemmaman

Arbetslös

Sjukbidrag/sjukpensionär

Sjukskriven

Ålderspensionär

Föräldraledig

6. Vilket är ditt nuvarande civilstånd?
- Gift
- Sammanboende
- Frånskild
- Separerad
- Änka/änkling
- Ogift
- Annat (t ex särbo, bor hos föräldrar)
7. Bor det barn yngre än 18 år hos dig?
- Nej
- Ja (minst 1/3 av tiden)
8. Bor det barn äldre 18 års ålder hos dig?
- Nej
- Ja (minst 1/3 av tiden)
9. Vår avdelning har flera internationella uppdrag, bland annat utbildning på specialistnivå av utländska tandläkare. Kan du tänka dig att bli utredd och behandlad av en engelskspråkig tandläkare (under handledning av specialist vid avdelningen)?
- Nej
- Ja

Examination: Pain-related Interview and Examiner Commands

8 Obligatoriska undersökningskommandon

8.1 Allmänt

Undersökarens obligatoriska kommandon, som ska sägas exakt som angivits och som anges i kapitel 4, är här samlade för att underlätta inläring och översikt.

8.2 Frågor om smärta vid undersökningen

Nedanstående numrering refererar till kapitel 6, Frågor om smärta vid undersökningen

6.2.1 Smärta vid rörelse

- Kände du någon smärta vid den rörelsen?**
- Om JA till smärta:
 - Kan du peka på varje område där du kände smärta?**
 - Finns det några andra områden där du känt smärta vid den rörelsen? Peka på dessa områden.**
 - Gå till FRÅGOR OM SMÄRTA SOM KÄNNES IGEN.

6.2.2 Palpationssmärta

- Kände du någon smärta [där jag tryckte]?**
- Om JA till smärta: Gå till FRÅGOR OM SMÄRTA SOM KÄNNES IGEN

6.2.3 Smärta vid knäppning

- Kände du någon smärta när det knäppte?**
- Om JA till smärta: Gå till FRÅGOR OM SMÄRTA SOM KÄNNES IGEN

6.2.4 Frågor om smärta som känns igen

- Känner du igen smärtan som en smärta du har upplevt i området under de senaste 30 dagarna?**
- Om JA till smärta som känns igen: **Vad känner du igen den här smärtan som?**
- Om temporalisområdet är positivt: **Känns smärtan igen som din huvudvärk i detta område under de senaste 30 dagarna?**
- Undersökaren bekräftar att de angivna smärtlokaliseringarna i undersökningen överensstämmer med de ställen på kroppen som är positiva för smärta som känns igen

6.2.5 Frågor om refererad smärta

- Kände du att smärtan stannade under mitt finger eller kände du den också i andra områden av ditt huvud, ansikte eller käke?**
- Kände du smärta någon annanstans?**

8.3 Obligatoriska delar från Avsnitt 5: Kompletta undersökningskommandon

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.

KONSTRUKT	VERBALT KOMMANDO
E1. Lokalisation av smärta och huvudvärk bekräftat av undersökaren	
<i>Identifierande information</i>	<ingen>
<i>Instruktioner till patienten</i>	<p>Innan jag börjar undersöka dig vill jag gå igenom några punkter.</p> <p>Jag kommer att fråga dig om smärta och bara du vet om du har smärta. När jag frågar om smärta, vill jag att du svarar antingen ja eller nej. Om du är osäker, ge mig ditt bästa svar.</p> <p>Om du upplever smärta kommer jag också att fråga om du känner igen smärtan, alltså om den är lik smärta som du kan ha upplevt i området någon gång under de senaste 30 dagarna.</p> <p>Om du känner smärta i tinningen på ena eller båda sidorna kommer jag att fråga om smärtan påminner om huvudvärk som du kan ha haft där under de senaste 30 dagarna.</p>
<i>Undersökningens omfattning: anatomiska områden av intresse</i>	<p>För den här undersökningen är jag intresserad av smärta som du möjligen kan ha i de här områdena...</p> <p>...och även inuti munnen.</p>
<i>E1a Lokalisation av smärta: de senaste 30 dagarna</i>	<p>Har du under de senaste 30 dagarna haft smärta i de områden som jag rörde vid?</p> <p>Om JA: Kan du peka på varje område där du under de senaste 30 dagarna har känt smärta?</p> <p>Finns det några andra områden där du under de senaste 30 dagarna har känt smärta?</p> <p>Om "JA", BEKRÄFTAR UNDERSÖKAREN: Låt mig bekräfta var Du just pekade.</p>
<i>E1b Lokalisation av huvudvärk under de senaste 30 dagarna</i>	<p>Har du haft någon huvudvärk under de senaste 30 dagarna?</p> <p>Om "JA": Kan du peka på varje område där du under de senaste 30 dagarna har haft huvudvärk?</p> <p>Finns det några andra områden där du under de senaste 30 dagarna har haft huvudvärk?</p> <p>Om "JA", BEKRÄFTAR UNDERSÖKAREN: Låt mig bekräfta de områden för huvudvärk som du just pekade på.</p>

KONSTRUKT	VERBALT KOMMANDO
E2. Incisala förhållanden	
<i>Välj referenständer i över- och underkäke</i>	Jag kommer att dra några blyertsstreck på dina tänder och strecken kommer att tas bort när undersökningen är klar.
<i>Välj referenständer i över- och underkäke</i>	Bit ihop på de bakre tänderna
<i>Referenslinje – referensmittlinje i underkäken</i>	[Bit ihop på de bakre tänderna]
<i>Horisontell överbitning</i>	[Bit ihop på de bakre tänderna]
<i>Vertikal incisal överbitning</i>	<Be patienten att gapa tillräckligt för att kunna mäta den vertikala överbitningen.>
E3. Underkåkens öppningsrörelse (kompletterande)	
<i>Utgångsläge</i>	Bit ihop på de bakre tänderna
<i>Öppningsrörelse</i>	Nu vill jag att du långsamt gapar så mycket du kan, även om det smärtar, och sedan biter ihop igen på de bakre tänderna Upprepa två gånger
E4. Öppningsrörelser	
4A. GAPNING UTAN SMÄRTA	
<i>Utgångsläge</i>	[Håll din käke i ett bekvämt läge]
<i>Linjalens position vid mätning av vertikala rörelser</i>	<ingen>
<i>E4A Gapning utan smärta</i>	Gapa så mycket du kan utan att du känner någon smärta eller utan att den nuvarande smärtan ökar.
4B. MAXIMAL GAPNING UTAN ASSISTANS	
<i>Utgångsläge</i>	[Håll din käke i ett bekvämt läge]
<i>E4B Max gapning utan assistans</i>	Gapa så mycket du kan, även om det smärtar.
<i>E4B Smärta efter maximal gapning</i>	Kände du någon smärta vid den rörelsen?

KONSTRUKT	VERBALT KOMMANDO
<i>utan assistans</i>	
4C. MAXIMAL GAPNING MED ASSISTANS	
<i>Utgångsläge</i>	[Håll din käke i ett bekvämt läge]
<i>Instruktioner</i>	Strax kommer jag att försöka öppna din mun ytterligare med mina fingrar [, om det är möjligt]. Vill du att jag ska sluta, höj handen så avbryter jag omedelbart.
<i>E4C Max gapning med assistans</i>	Gapa nu så mycket du kan, även om det smärtar, precis som du gjorde förut. Nu känner du mina fingrar
<i>E4C Smärta efter maximal gapning med assistans</i>	Kände du någon smärta när jag försökte öppna din mun ytterligare med mina fingrar?

KONSTRUKT	VERBALT KOMMANDO
4D. AVBRUTEN MAXIMAL GAPNING MED ASSISTANS	
<i>E4D</i> <i>Gapning</i> <i>avbruten</i>	<ingen>
E5. Laterotrusion och protrusion	
5A. LATEROTRUSION ÅT HÖGER	
<i>Laterotrusion åt höger</i>	Gapa lite och för käken så mycket du kan åt höger, även om det smärta. Håll kvar din käke i detta läge tills jag gjort en mätning.
<i>E5A</i> <i>Mätning</i>	<ingen>
<i>För tillbaka käken</i>	[För tillbaka Din käke till en bekväm position]
<i>E5A</i> <i>Smärta efter</i> <i>sidorörelse</i>	Kände du någon smärta vid den rörelsen?
5B. LATEROTRUSION ÅT VÄNSTER	
<i>Laterotrusion åt vänster</i>	Gapa lite och för käken så mycket du kan åt vänster, även om det smärta. Håll kvar din käke i detta läge tills jag gjort en mätning.
<i>E5B</i> <i>Mätning</i>	<ingen>
<i>För tillbaka käken</i>	[För tillbaka Din käke till en bekväm position]
<i>E5B</i> <i>Smärta efter</i> <i>sidorörelse</i>	Kände du någon smärta vid den rörelsen?
5C. PROTRUSION	
<i>Protrusion</i>	Gapa lite och för [glid med] käken framåt [rakt ut framför dig] så mycket du kan, även om det smärta. Håll kvar din käke i detta läge tills jag gjort en mätning.
<i>E5C</i> <i>Mätning</i>	<ingen>
<i>För tillbaka käken</i>	[För tillbaka Din käke till en bekväm position]
<i>E5C</i> <i>Smärta efter</i> <i>sidorörelse</i>	Kände du någon smärta vid den rörelsen?

KONSTRUKT	VERBALT KOMMANDO
E6. Käkledsljud under öppnings- och stängningsrörelser	
<i>Handens placering vid palpation av käkledsljud</i>	<ingen>
<i>Instruktioner angående käkledsljud</i>	<p>Jag kommer att undersöka om käklederna ger ifrån sig några ljud. Jag skulle vilja att även du är uppmärksam, eftersom jag kommer att fråga dig efteråt om du hört eller känt några ljud.</p> <p>[Fokusera på båda käklederna.]</p>
<i>Fullständig sammanbitning</i>	Bit ihop på de bakre tänderna.
<i>Undersökarens uppfattning av käkledsljud vid öppning och stängning</i>	<p>Gapa långsamt så mycket du kan, även om det smärtar, och bit sedan långsamt ihop på de bakre tänderna igen.</p> <p>Upprepa två gånger till.</p>
<i>Frågor till patienten angående käkledsljud</i>	<p>Märkte du några ljud från någon käkled när du öppnade och stängde?</p> <p>Om "JA":</p> <p>Vilket sorts ljud?</p>
<i>Smärtfråga</i>	<p>OM PATIENTEN RAPPORTERAR KNÄPPNING:</p> <p>Kände du någon smärta när det knäppte?</p>
E7. Käkledsljud under laterotrusion och protrusion	
<i>Allmänt</i>	<ingen>
<i>Käkledsljud: laterotrusion och protrusion</i>	<p>Bit ihop på de bakre tänderna, gapa sedan lite och för käken så mycket åt höger du kan, även om det smärtar. För tillbaka käken och bit ihop på de bakre tänderna varje gång. Upprepa två gånger till.</p>
	<p>Bit ihop på de bakre tänderna, gapa sedan lite och för käken åt vänster så mycket du kan, även om det smärtar. För tillbaka käken och bit ihop på de bakre tänderna varje gång. Upprepa två gånger till.</p>
	<p>Bit ihop på de bakre tänderna, gapa sedan lite och för käken framåt så mycket du kan, även om det smärtar. För tillbaka käken och bit ihop på de bakre tänderna varje gång. Upprepa två gånger till.</p>
<i>Frågor angående ledljud</i>	<p>Märkte du några ljud från den här [höger, vänster] leden när du rörde käken framåt eller åt sidan?</p> <p>Om "JA":</p> <p>Vilket sorts ljud?</p>

KONSTRUKT	VERBALT KOMMANDO
<i>Smärifråga</i>	OM PATIENTEN RAPPORTERAR KNÄPPNING: Kände du någon smärta när det knäppte?
E8. Käkledslåsning	
<i>Stängd låsning</i>	Kan du få loss käken?
<i>Öppen låsning</i>	Kan du få loss käken?
E9. Muskel- och käkledssmärta vid palpation (Alt 2)	
	Jag kommer att trycka mot olika områden på ditt huvud, ansikte och käke och jag kommer att fråga dig om smärta, om det är smärta du känner igen och om det är huvudvärk du känner igen.
<i>Instruktioner</i>	Tala direkt om för mig ifall du känner smärta, i så fall kommer jag att hålla kvar trycket några sekunder. Jag kommer sedan att fråga dig om du känner igen smärtan och om smärtan stannar under mitt finger eller om du också känner den i andra områden av huvud, ansikte eller käke.
<i>Kalibrering</i>	<ingen>
<i>Temporalis & masseter</i>	<ingen>
<i>Kalibrering</i>	<ingen>
<i>Käkled: laterala polen</i>	Gapa lite och för käken framåt och sedan tillbaka till det normala läget med tänderna lätt isär.
<i>Kalibrering</i>	<Ingen>
<i>Käkled: runt den laterala polen</i>	Gapa lite och för käken framåt och håll kvar den i det läget..
E10. Supplemental Palpation Sites	
<i>Kalibrering</i>	<ingen>
<i>Regio retromandibularis</i>	Slappna av i käken
<i>Regio submandibularis</i>	Slappna av i käken
<i>Området vid m pterygoideus lateralis ursprung</i>	Gapa lite grand och för din käke åt sidan
<i>M temporalis fäste</i>	Öppna munnen

KONSTRUKT	VERBALT KOMMANDO
E11. Undersökarens kommentarer	
<i>Undersökarens kommentarer</i>	<ingen>
SLUT PÅ DC/TMD-UNDERSÖKNING	

Dokumentet är ett utdrag från den svenska versionen av:

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

OBS! Huvuddokumentet finns tillgängligt på www.rdc-tmdinternational.org.

Clinical Examination Form (FDI)



MALMÖ HÖGSKOLA

DC/TMD Klinisk undersökning

Datum

Personnr _____

Patient _____

Undersökare _____

1a. Lokalisation av smärta under de senaste 30 dagarna (välj alla alternativ som passar)

SMÄRTA HÖGER SIDA

 Ingen Temporalis Annan käkmuskul. Andra
 Masseter Käkled strukturer

SMÄRTA VÄNSTER SIDA

 Ingen Temporalis Annan käkmuskul. Andra
 Masseter Käkled strukturer

1b. Lokalisation av huvudvärk under de senaste 30 dagarna (välj alla alternativ som passar)

 Ingen Tinning Annan Ingen Tinning Annan

2. Incisala relationer

Referenstand 11 21 AnnanHorisontell
överbitning Om negativ mmVertikal
överbitning Om negativ mmMittlinje-
förskjutning

Hö

Vä

E/T

 mm

3. Underkäkens öppningsmönster (kompletterande; välj det alternativ som passar)

 Rak öppning Korrigerad deviation

Okorrigerad deviation

 Höger Vänster

4. Öppningsrörelser

A. Gapning utan smärta

 mm

HÖGER SIDA

	Smärta	Känns igen	Huvudvärk som känns igen
Temporalis	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J
Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Käkled	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Övr. käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Ej käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	

VÄNSTER SIDA

	Smärta	Känns igen	Huvudvärk som känns igen
Temporalis	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J
Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Käkled	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Övr. käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Ej käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	

B. Maximal gapning utan assistans

 mm

Temporalis	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J
Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Käkled	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Övr. käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Ej käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	

Temporalis	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J
Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Käkled	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Övr. käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Ej käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	

C. Maximal gapning med assistans

 mm

Temporalis	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J
Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Käkled	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Övr. käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Ej käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	

Temporalis	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J
Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Käkled	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Övr. käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Ej käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	

D. Avbruten?

 N J

Ej käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
-------------	---	---	--

Ej käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
-------------	---	---	--

5. Laterotrusion och protrusion

HÖGER SIDA

	Smärta	Känns igen	Huvudvärk som känns igen
Temporalis	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J
Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Käkled	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Övr. käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Ej käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	

VÄNSTER SIDA

	Smärta	Känns igen	Huvudvärk som känns igen
Temporalis	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J
Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Käkled	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Övr. käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Ej käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	

A. Laterotrusion åt höger

 mm

Temporalis	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J
Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Käkled	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Övr. käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Ej käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	

Temporalis	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J
Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Käkled	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Övr. käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Ej käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	

B. Laterotrusion åt vänster

 mm

Temporalis	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J
Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Käkled	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Övr. käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Ej käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	

Temporalis	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J
Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Käkled	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Övr. käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Ej käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	

C. Protrusion

 mm

Temporalis	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J
Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Käkled	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Övr. käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Ej käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	

Temporalis	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J
Masseter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Käkled	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Övr. käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	
Ej käkmusk.	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> J	

 Om negativ

6. Käkleddsljud under gapnings- och stängningsrörelser

HÖGER KÄKLED					
	Undersökare		Patient	Smärta vid knäppning	Känns igen
	Gapning	Stängning			
Knäppning	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J
Krepitation	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J		

VÄNSTER KÄKLED					
	Undersökare		Patient	Smärta vid knäppning	Känns igen
	Gapning	Stängning			
Knäppning	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J
Krepitation	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J		

7. Käkleddsljud vid laterotrusion och protrusion

HÖGER KÄKLED					
	Undersökare		Patient	Smärta vid knäppning	Känns igen
	Knäppning	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J			
Krepitationer	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J		

VÄNSTER KÄKLED					
	Undersökare		Patient	Smärta vid knäppning	Känns igen
	Gapning	Stängning			
Knäppning	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J
Krepitationer	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J		

8. Käkleddslåsning

HÖGER KÄKLED					
	Låsning	Återgång		Känns igen	Referera d smärta
		Patient	Undersökare		
Vid gapning	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J
Vid stängning	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J

VÄNSTER KÄKLED					
	Låsning	Återgång		Känns igen	Referera d smärta
		Patient	Undersökare		
Vid gapning	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J
Vid stängning	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J

9. Muskel- och käkleddsmärta vid palpation

HÖGER SIDA					
	Smärta	Känns igen		Referera d smärta	
		Huvudvärk	Refererad smärta		
(1 kg) Temporalis	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	
Masseter	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J		<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	

VÄNSTER SIDA					
	Smärta	Känns igen		Referera d smärta	
		Huvudvärk	Refererad smärta		
(1 kg) Temporalis	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	
Masseter	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J		<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	

Käkledd					
	Smärta	Känns igen		Refererad smärta	
		Refererad smärta	Refererad smärta		
Lateral pol (0,5 kg)	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	
Runt den laterala polen (1 kg)	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	

Käkledd					
	Smärta	Känns igen		Refererad smärta	
		Refererad smärta	Refererad smärta		
Lateral pol (0,5 kg)	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	
Runt den laterala polen (1 kg)	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	

10. Kompletterande muskulatur

HÖGER SIDA			
	Smärta	Känns igen	
		Refererad smärta	Refererad smärta
(0,5 kg) Retromandibulära området	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J
Submandibulära området	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J
Området vid m pteryg lat	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J
Temporalis fäste	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J

VÄNSTER SIDA			
	Smärta	Känns igen	
		Refererad smärta	Refererad smärta
(0,5 kg) Retromandibulära området	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J
Submandibulära området	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J
Området vid m pteryg lat	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J
Temporalis fäste	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> J

11. Diagnoser

Smärttillstånd
<input type="radio"/> Inget
<input type="radio"/> Myalgi
<input type="radio"/> Myofasciell smärta med refererad smärta
<input type="radio"/> Artralgi, höger sida
<input type="radio"/> Artralgi, vänster sida
<input type="radio"/> Huvudvärk tillskriven TMD

Käkleddstillstånd, höger sida
<input type="radio"/> Inget
<input type="radio"/> Diskdisplacering (välj en)
<input type="radio"/> ... med återgång
<input type="radio"/> ... med återgång och intermitterent låsning
<input type="radio"/> ... utan återgång med begränsad gapförmåga
<input type="radio"/> ... utan återgång utan begränsad gapförmåga
<input type="radio"/> Degenerativ ledsjukdom
<input type="radio"/> Subluxation

Käkleddstillstånd, vänster sida
<input type="radio"/> Inget
<input type="radio"/> Diskdisplacering (välj en)
<input type="radio"/> ... med återgång
<input type="radio"/> ... med återgång och intermitterent låsning
<input type="radio"/> ... utan återgång med begränsad gapförmåga
<input type="radio"/> ... utan återgång utan begränsad gapförmåga
<input type="radio"/> Degenerativ ledsjukdom
<input type="radio"/> Subluxation

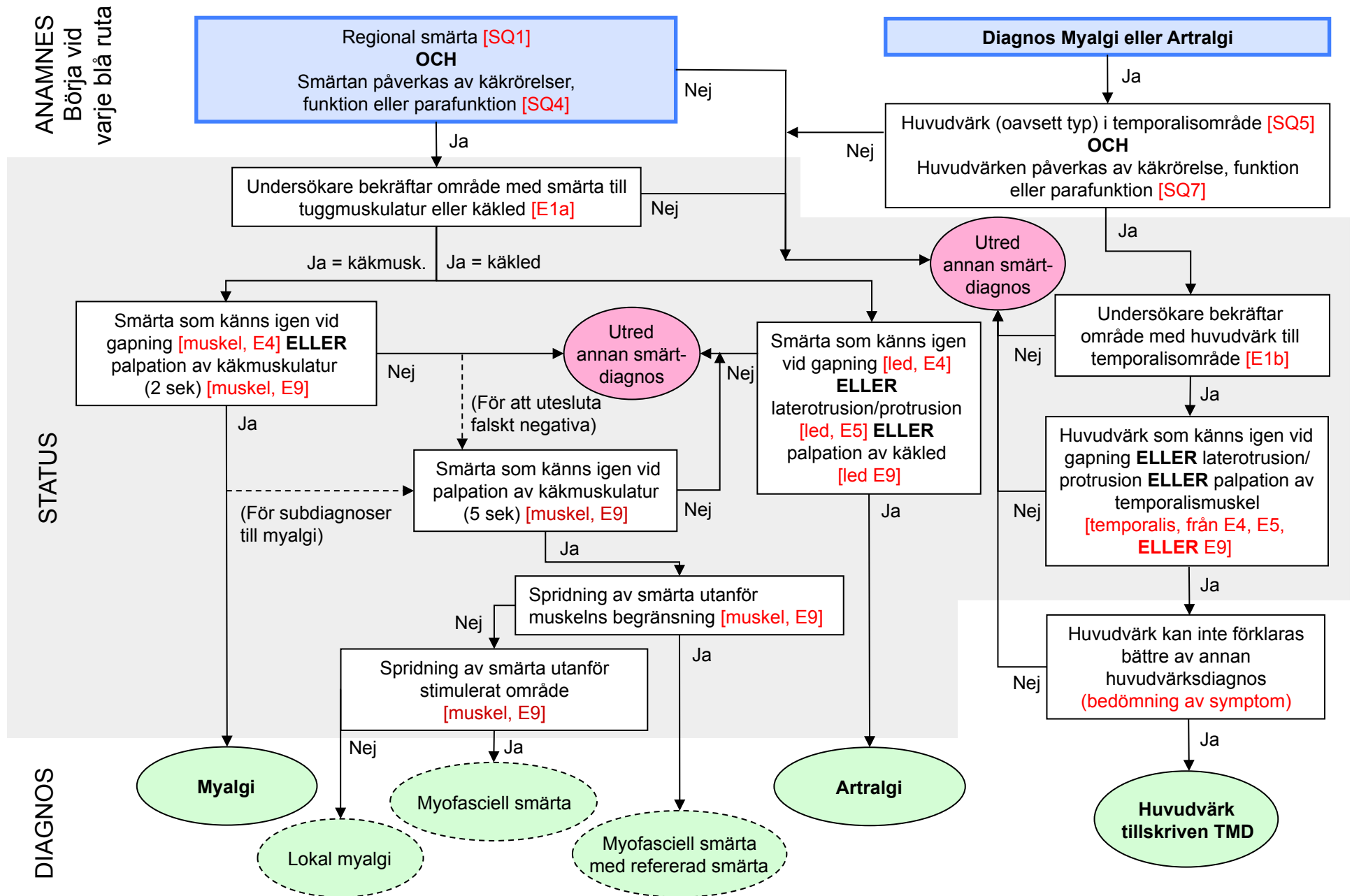
12. Kommentarer

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 20, 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: January 20, 2014</p>

Decision Tree

Smärtrelaterad TMD och huvudvärk

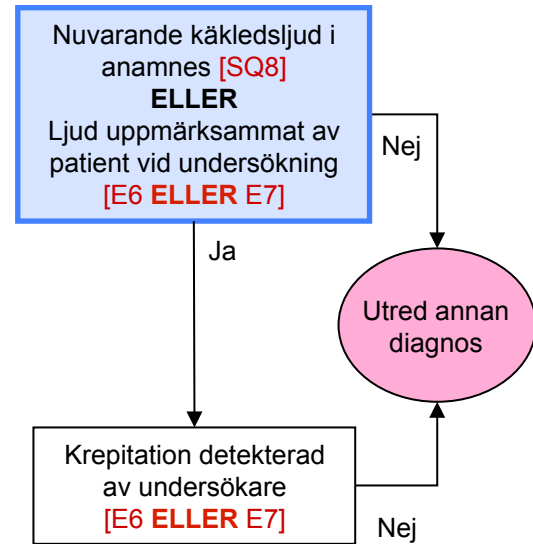
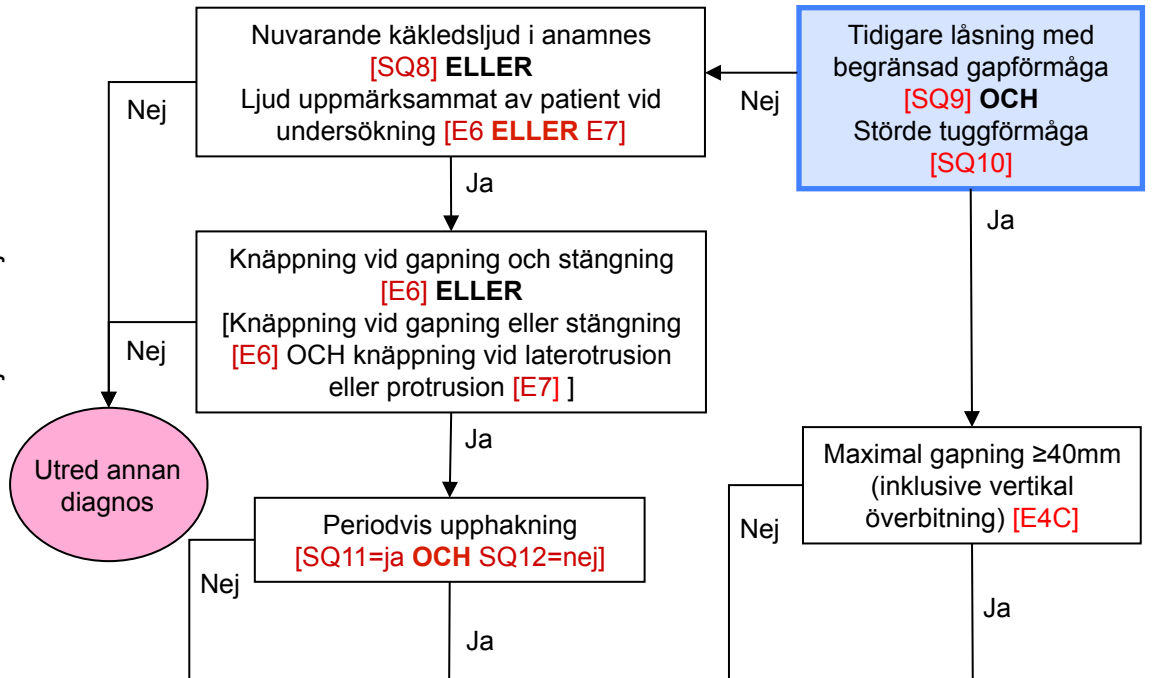


OBS: 2 sek palpation krävs för myalgi; 5 sek krävs för subdiagnoser

Intraartikulära ledsjukdomar

Degenerativ ledsjukdom

ANAMNES OCH STATUS
Börja vid varje blå ruta



KLINISK
DIAGNOS

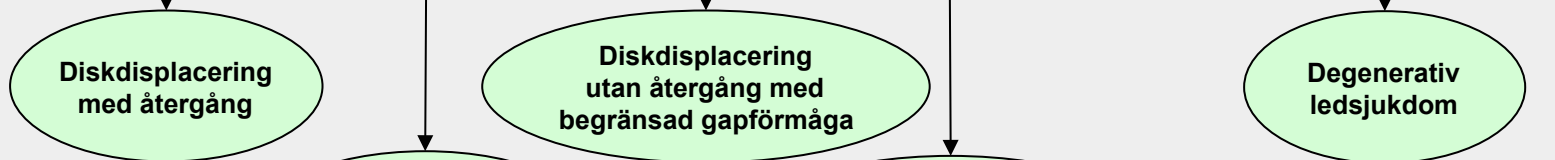


BILD-
DIAGNOSTIK



Diagnostic Criteria Table

Diagnostiska kriterier för de vanligaste TMD-diagnoserna: Anamnes och kliniska undersökningsfynd

Alla kriterier i anamnes (DC/TMD Anamnes) samt undersökning (DC/TMD Undersökningsformulär) krävs för en specifik diagnos om ej annat angetts; varje kriterium är positivt om ej annat angetts. Exakta tidsperioder för tidsspecifika anamnes- eller undersökningsfynd är inte specificerade nedan eftersom dessa är en funktion av hur varje del är konstruerad för att fylla ett specifikt syfte; logiken förändras inte i förhållande till tidsperioden. Den tidsperiod som anges via anamnes för diskdisplacering utan återgång vs med återgång är relativ.

Version 2015-05-28

Smärttillstånd

ANAMNES			UNDERSÖKNINGSFYND	
Tillstånd	Kriterier	SQ	Kriterier	Undersökningsformulär
Myalgi (ICD-9 729.1) Sens 0.84 Spec 0.95	Smärta i käke, tinning, i öra eller framför öra	SQ1	Bekräftande av smärtområde(n) i käkmuskulatur	E1a
	Smärtan påverkas av käkrörelse, funktion eller parafunktion	SQ4	Smärta som känns igen i käkmuskulatur vid muskelpalpation eller maximal gapning	E4b, E4c, eller E9: smärta som känns igen i temporalis eller masseter, eller i övrig käkmuskulatur om relevant eller E10: smärta som känns igen i kompletterande muskulatur, om E10 inkluderas

Subdiagnoser till Myalgi				
Lokal myalgi (ICD-9 729.1) Sens och Spec ej fastställt	[samma som för Myalgi]	SQ1 & SQ4	Bekräftande av smärtområde(n) i temporalis- eller massetermuskulaturen	E1a
			Smärta som känns igen vid muskelpalpation	E9: smärta som känns igen i temporalis eller masseter eller E10: smärta som känns igen i kompletterande muskulatur, om E10 inkluderas
			Smärtan kvarstår lokalt i stimulerat område	E9: ingen refererad eller spridd smärta; och E10: ingen refererad eller spridd smärta, om E10 inkluderas

ANAMNES			UNDERSÖKNINGSFYND	
Tillstånd	Kriterier	SQ	Kriterier	Undersökningsformulär
Myofasciell smärta (ICD-9 729.1) Sens och Spec ej fastställt	[samma som för Myalg]	SQ1 & SQ4	Bekräftande av smärtområde(n) i temporalis- eller massetermuskulaturen	E1a
			Smärta som känns igen vid muskelpalpation	E9: smärta som känns igen i temporalis eller masseter eller E10: smärta som känns igen i kompletterande muskulatur, om E10 inkluderas
			Spridning av smärta (dock ej refererad) vid muskelpalpation	E9: spridning av smärta eller E10: spridning av smärta, om E10 inkluderas OCH E9: ingen refererad smärta och E10: ingen refererad smärta, om E10 inkluderas
Myofasciell smärta med refererad smärta (ICD-9 729.1) Sens 0.85 Spec 0.98	[samma som för Myalg]	SQ1 & SQ4	Bekräftande av smärtområde(n) i temporalis- eller massetermuskulaturen	E1a
			Smärta som känns igen vid muskelpalpation	E9: smärta som känns igen i temporalis eller masseter; eller E10: smärta som känns igen i kompletterande muskulatur, om E10 inkluderas
			Refererad smärta vid muskelpalpation	E9: refererad smärta; eller E10: refererad smärta, om E10 inkluderas
Artralgi (ICD-9 524.62) Sens 0.91 Spec 0.96	Smärta i käke, tinning, i örat, eller framför örat	SQ1	Bekräftande av smärtområde i käkled(er)	E1a
	Smärtan påverkas av käkrörelse, funktion eller parafunktion	SQ4	Smärta som känns igen vid palpation av käkled eller underkäkens rörelseomfång	E4b, E4c, E5a-c, eller E9: smärta känns igen i käkled

ANAMNES			UNDERSÖKNINGSFYND	
Tillstånd	Kriterier	SQ	Kriterier	Undersökningsformulär
<p>Huvudvärk tillskriven TMD (ICD-9 339.89 [andra specifika huvudvärkssyndrom], eller ICD-9 784.0 [huvudvärk]) Sens 0.83 Spec 0.86</p> <p>Notera att för en sekundär huvudvärksdiagnos krävs en primär diagnos av antingen myalgi eller artralgi</p>	<p>Huvudvärk av någon form i tinningregionen</p> <p>Huvudvärken påverkas av käkrörelser, funktion eller parafunktion</p>	<p>SQ5</p> <p>SQ7</p>	<p>Huvudvärk i temporalisområdet som känns igen vid:</p> <p>a. Palpation av m. temporalis eller</p> <p>b. Underkäksrörelse</p>	<p>E4b, E4c, E5a-c eller E9: smärta i temporalisområdet som känns igen som huvudvärk</p>

Ledtillstånd

ANAMNES			UNDERSÖKNINGSFYND	
Tillstånd	Kriterier	SQ	Kriterier	Undersökningsformulär
Diskdisplacering med återgång (ICD-9 524.63) Sens 0.33 Spec 0.94	Aktuella käkledsljud ELLER	SQ8	Knäppning(ar) vid gapning och stängning ELLER	E6: Knäppning (vid gapning & stängning) ELLER
	Patientrapport om något käkledsljud vid pågående undersökning	E6 or E7: ljud rapporterat av patient	Både (a) knäppning vid gapning eller stängning och (b) knäppning vid laterotrusion eller protrusion	E6: Knäppning (vid gapning eller stängning) och E7: knäppning
Diskdisplacering med återgång med periodvis upphakning (ICD-9 524.63) Sens 0.46 Spec 0.97	[samma som för Diskdisplacering med återgång]	[samma som för Diskdispl. med återgång]	[samma som för Diskdisplacering med återgång]	[samma som för Diskdisplacering med återgång]
	Aktuell periodvis upphakning med begränsad gapförmåga	SQ11 = "Ja" SQ12 = "Nej"	Om observerat vid undersökningen: åtgärd krävs för att kunna gapa	E8 (valfri)
Diskdisplacering utan återgång med begränsad gapförmåga (ICD-9 524.63) Sens 0.80 Spec 0.97	Aktuell* käkledslåsning med begränsad gapförmåga	SQ9	Passiv töjning (maximal gapning med assistans) < 40mm	E4c < 40mm inklusive vertikal överbitning
	Begränsningen är allvarlig nog för att störa förmågan att äta	SQ10		
Diskdisplacering utan återgång utan begränsad gapförmåga (ICD-9 524.63) Sens 0.54 Spec 0.79	Tidigare* käkledslåsning med begränsad gapförmåga	SQ9	Passiv töjning (maximal gapning med assistans) ≥ 40mm	E4c ≥ 40mm inklusive vertikal överbitning
	Begränsningen är allvarlig nog för att störa förmågan att äta	SQ10		

ANAMNES			UNDERSÖKNINGSFYND	
Tillstånd	Kriterier	SQ	Kriterier	Undersökningsformulär
Degenerativ ledsjukdom (ICD-9 715.18) Sens 0.49 Spec 0.86	Aktuella käkledsljud i anamnes ELLER	SQ8	Krepitation vid käkrörelse	E6 eller E7: Krepitation noterad av undersökaren
	Patientrapport om något käkledsljud vid pågående undersökning	E6 or E7: ljud rapporterat av patient		
Subluxation (ICD-9 830.0) Sens 0.98 Spec 1.00	Käkledslåsning eller upphakning vid stor gapning	SQ13	Om närvarande vid undersökning: åtgärd krävs för att stänga munnen	E8 (valfri)
	Åtgärd krävs för att kunna stänga munnen	SQ14		

* “Aktuella” och “tidigare” (baserat på S9) för att särskilja “med begränsad” respektive “utan begränsad” tolkas baserat på förändring över tid beskriven i anamnes och bekräftelse av käkens rörelseomfång i klinisk undersökning.

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

Axis II Assessment

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

Standard Usage		Instrument	Source
Screening	Complete		
	✓	PHQ-9	<p>Kroenke K, Spitzer RL, and Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. <i>Journal of General Internal Medicine</i> 16 (9):606-613, 2001.</p> <p>A text-revision of this instrument is posted at http://www.phqscreeners.com/ and incorporated into the final instrument for the Consortium.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>
	✓	GAD-7	<p>Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, and Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. <i>Arch.Intern.Med.</i> 166 (10):1092-1097, 2006.</p> <p>A text-revision of this instrument is posted at http://www.phqscreeners.com/ and incorporated into the final instrument for the Consortium.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>
	✓	PHQ-15	<p>Kroenke K, Spitzer RL, and Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. <i>Psychosom.Med.</i> 64 (2):258-266, 2002.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>
✓	✓	Oral Behaviors Checklist	<p>Ohrbach R, Markiewicz MR, and McCall WD Jr. Waking-state oral parafunctional behaviors: specificity and validity as assessed by electromyography. <i>European Journal of Oral Sciences</i> 116:438-444, 2008.</p> <p>Ohrbach R et al. Oral Behaviors Checklist: Development and validation. Forthcoming.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>

Pain Drawing



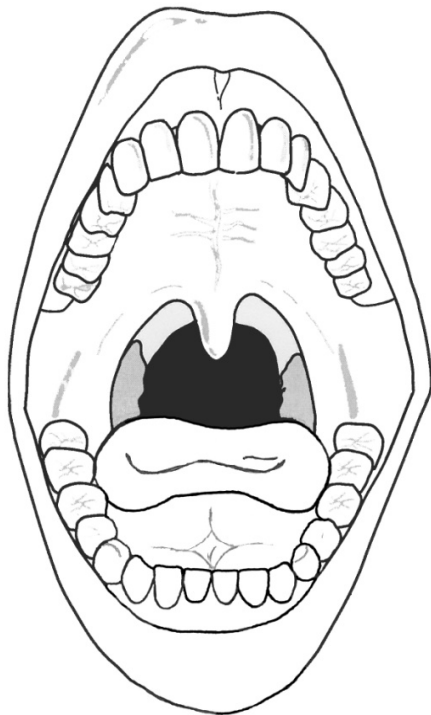
Smärtlokalisering och -utbredning

Version

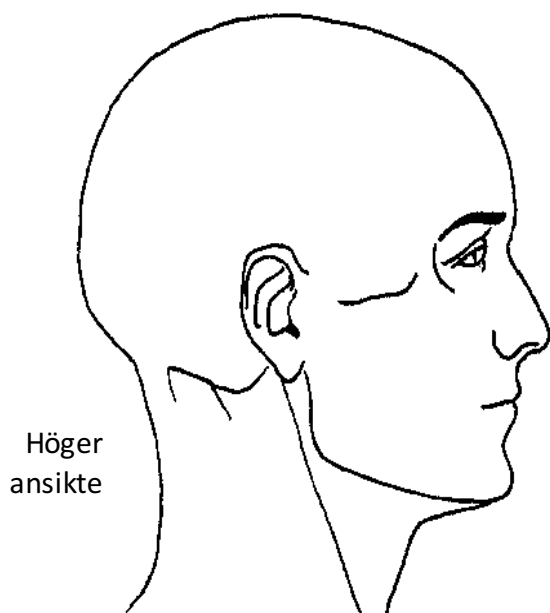
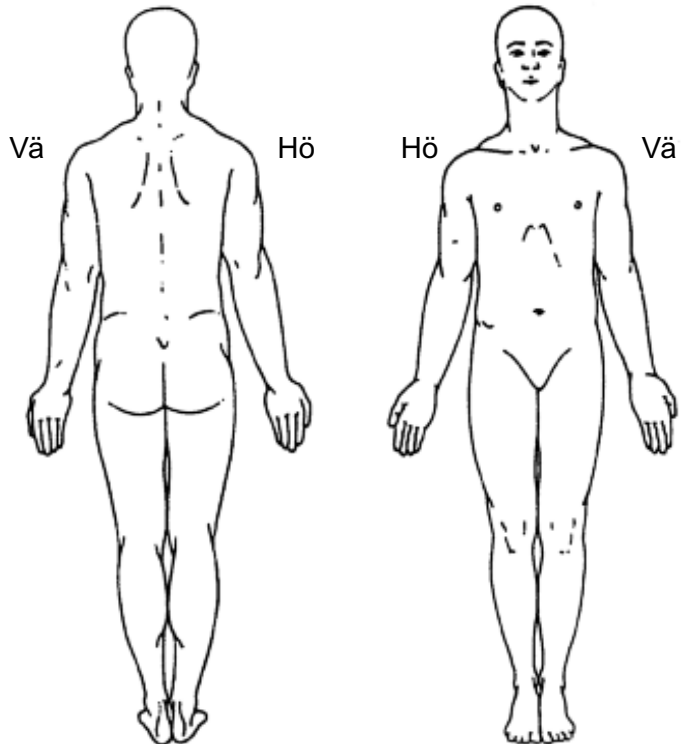
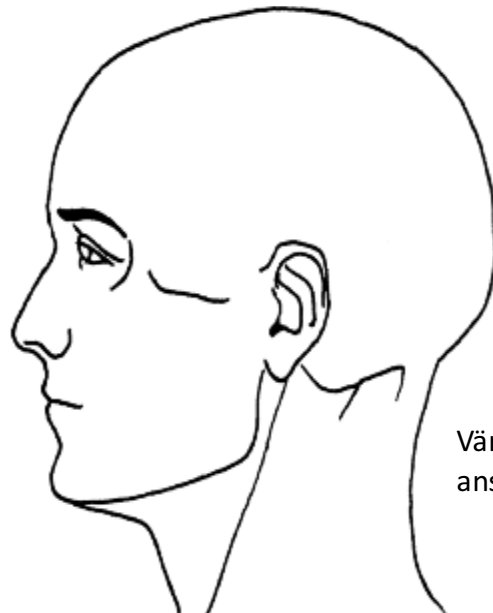
2014-05-11

MALMÖ HÖGSKOLA

Ange var du upplever alla typer av smärtor genom att skugga dessa områden på de figurer som visar detta bäst. Om smärtan finns på ett exakt ställe så ange det med en tydlig punkt (•). Om smärtan flyttar sig från ett ställe till ett annat visa med pilar hur den flyttar sig.



Mun och tänder

Höger
ansikteVänster
ansikte

Vilka av följande övriga områden har du smärta från just nu?

Nacke
Övre rygg
Nedre rygg
Bröst
Mage

	Hö	Vä
Axel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Överarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Graded Chronic Pain (version 2)



MALMÖ HÖGSKOLA

Version 2016-06-10

Smärta och dess konsekvenser

1. Hur många dagar har du haft smärta från ansikte, käkar eller mun under de **senaste sex månaderna**?

2. Hur skulle du gradera smärtan i ansikte, käke eller mun **just nu** på en skala från 0 till 10, där 0 är "ingen smärta" och 10 är "värsta tänkbara smärta"?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Hur intensiv var smärtan som **värst** under de senaste 30 dagarna? Använd samma skala där 0 är "ingen smärta" och 10 är "värsta tänkbara smärta".

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Hur intensiv var smärtan i **genomsnitt** under de senaste 30 dagarna? (Det vill säga din vanliga smärta). Använd samma skala där 0 är "ingen smärta" och 10 är "värsta tänkbara smärta".

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Ungefär hur många dagar under de senaste 30 dagarna har du avhållit dig från dina **vanliga aktiviteter** (arbete, skola, hushållsarbete) på grund av smärta i ansikte, käkar eller mun?

6. Hur mycket har smärta i ansikte, käkar eller mun begränsat dig under de senaste 30 dagarna i dina **dagliga aktiviteter**? Använd en skala från 0 till 10, där 0 är "ingen begränsning" och 10 är "oförmögen att utföra några aktiviteter alls".

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Hur mycket har smärta i ansikte, käkar eller mun begränsat dig under de senaste 30 dagarna i **fritids-, familje- och sociala aktiviteter**? Använd en skala från 0 till 10, där 0 är "ingen begränsning" och 10 är "oförmögen att utföra några aktiviteter alls".

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Hur mycket har smärta i ansikte, käkar eller mun begränsat din **förmåga att arbeta** (inklusive hushållsarbete) under de senaste 30 dagarna? Använd en skala från 0 till 10, där 0 är "ingen begränsning" och 10 är "oförmögen att utföra några aktiviteter alls".

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

JFLS-8



MALMÖ HÖGSKOLA

Version 2016-06-11

Käkfunktion

För varje nedanstående fråga, ange graden av begränsning i käkarna under den senaste månaden.
Om det varit omöjligt att utföra aktiviteten, ange "10".

	Ingen begränsning										Stor begränsning											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Tugga seg mat	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Tugga kyckling (t ex tillagad i ugn)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Äta mjuk mat som inte behöver tuggas (t ex potatismos, äpplepos, pudding, puréer)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Gapa tillräckligt stort för att dricka ur en mugg	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Svälja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Gäspa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Prata	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Le	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

JFLS-20



Käkfunktion

För varje nedanstående fråga, ange graden av begränsning i käkarna under den senaste månaden.
Om det varit omöjligt att utföra aktiviteten, ange "10".

	Ingen begränsning										Stor begränsning											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Tugga seg mat	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Tugga hårt bröd	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Tugga kyckling (t ex tillagad i ugn)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Tugga kex	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Tugga mjuk mat (t ex makaroner, mjuk frukt, kokta grönsaker, fisk)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Äta mjuk mat som inte behöver tuggas (t ex potatismos, äpplemos, pudding, puréer)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Gapa tillräckligt stort för att ta en tugga av ett äpple	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Gapa tillräckligt stort för att ta en tugga av en smörgås	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Gapa tillräckligt stort för att prata	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Gapa tillräckligt stort för att dricka ur en mugg	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Svälja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Gäspa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Prata	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Sjunga	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Se glad ut	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Se arg ut	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Fnysa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Kyssas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Le	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Skratta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

PHQ-4



Sinnesstämning och oro

Under de senaste två veckorna, hur ofta har du besvärats av något av följande problem? Läs varje påstående noggrant och kryssa därefter i rutan.

	Inte alls	Flera dagar	Mer än varannan dag	Nästan varje dag
	0	1	2	3
1. Lite intresse eller glädje av att göra saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Känner dig nedstämd, deprimerad eller utan hopp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Känt dig nervös, ängslig eller väldigt stressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Inte kunnat sluta oroa dig eller kontrollera din oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summa	0	+	+	+
			Totalt

Om du kryssat i att du haft något av dessa problem, hur stora svårigheter har dessa problem förorsakat dig på arbetet, eller för att ta hand om sysslor hemma, eller komma överens med andra människor?

Inga svårigheter alls	Vissa svårigheter	Stora svårigheter	Extrema svårigheter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHQ-9



Sinnesstämning

Under de senaste två veckorna, hur ofta har du besvärats av något av följande problem? Läs varje påstående noggrant och kryssa därefter i rutan.

	Inte alls	Flera dagar	Mer än	
			varannan dag	Nästan varje dag
	0	1	2	3
1. Lite intresse eller glädje av att göra saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Känner dig nedstämd, deprimerad eller utan hopp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problem med att somna, att du vaknar i förtid eller sover för mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Känner dig trött eller energifattig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dålig aptit eller äter för mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dålig självkänsla, att du känner dig misslyckad eller att du svikit dig själv eller din familj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Svårigheter att koncentrera dig, till exempel när du läser tidningen eller tittar på tv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Att du rör dig eller talar så långsamt att andra noterar det? Eller att du är så nervös eller rastlös att du rör dig mer än vanligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tänker på att det skulle vara bättre om du var död eller att du skulle skada dig på något sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summa	0	+	+	+

Totalt _____

Om du kryssat i att du haft något av dessa problem, hur stora svårigheter har dessa problem förorsakat dig på arbetet, eller för att ta hand om sysslor hemma, eller komma överens med andra människor?

Inga svårigheter alls	Vissa svårigheter	Stora svårigheter	Extrema svårigheter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GAD-7



MALMÖ HÖGSKOLA

Oro

Under de senaste två veckorna, hur ofta har du besvärats av något av följande problem? Läs varje påstående noggrant och kryssa därefter i rutan.

	Inte alls	Flera dagar	Mer än varannan dag	Nästan varje dag
	0	1	2	3
1. Känt dig nervös, ängslig eller väldigt stressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Inte kunnat sluta oroa dig eller kontrollera din oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Oroat dig för mycket för olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haft svårt att slappna av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Varit så rastlös att du har haft svårt att sitta still	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Blivit lätt irriterad eller retlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Känt dig rädd för att något hemskt skulle hända	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Summa 0 + + +

Totalt

Om du kryssat i att du haft något av dessa problem, hur stora svårigheter har dessa problem förorsakat dig på arbetet, eller för att ta hand om syslor hemma, eller komma överens med andra människor?

Inga svårigheter alls	Vissa svårigheter	Stora svårigheter	Extrema svårigheter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHQ-15



MALMÖ HÖGSKOLA

Version #####

Kroppssymtom

Under de senaste fyra veckorna, hur mycket har du besvärats av något av följande problem?	Inte		
	besvärad alls 0	Lite besvärad 1	Mycket besvärad 2
1. Magsmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ryggsmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Smärta i dina armar, ben eller leder (knän, höfter etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Menstruationskrampor eller andra problem med din menstruation (enbart kvinnor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bröstsmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Svimfärdig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Känner ditt hjärta bulta eller rusa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Andfådd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Smärta eller problem under samlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Förstoppning, svullen mage eller diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Illamående, gaser eller matsmältningsproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Trötthetskänsla eller energifattig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summa	0	+	+
		Totalt

Oral Behaviors Checklist



Parafunktioner

Hur ofta har du gjort var och en av följande aktiviteter under **de senaste 30 dagarna**? Om frekvensen för aktiviteten varierat, välj det högre alternativet. Vänligen markera ett svar för varje påstående och hoppa inte över något påstående.

UNDER SÖMN

Hur ofta har du gjort var och en av dessa aktiviteter?	Aldrig	<1 natt/mån	1-3 natt/mån	1-3 nätter/v	4-7 nätter/v
1 Pressat eller gnisslat tänder i sömnen , så vitt du vet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Sovit i en ställning som orsakat tryck mot käken (till exempel på mage eller på sidan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UNDER VAKEN TID

Hur ofta har Du gjort var och en av dessa aktiviteter?	Aldrig	Sällan	Ibland	Mesta tiden	Hela tiden
3 Gnisslat tänder när du varit vaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Pressat tänder när Du varit vaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Tryckt, nuddat eller hållit ihop tänderna när du inte äter (dvs. kontakt mellan över- och underkäkständer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Hållit eller spänt käkmuskulerna utan att pressa eller att tänderna varit i kontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Hållit eller skjutit käken framåt eller åt sidan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Pressat tungan hårt mot tänderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Lagt tungan mellan tänderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Bitit, tuggat eller lekt med tunga, kinder eller läppar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Hållit käken i ett spänt läge som för att stabilisera eller skydda käken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur ofta har Du gjort var och en av dessa aktiviteter?	Mesta tiden				
	Aldrig	Sällan	Ibland	Mesta tiden	Hela tiden
12 Hållit något mellan tänderna eller bitit på föremål som hår, pipa, pennor, fingrar eller fingernaglar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Tuggat tuggummi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Spelat musikinstrument som belastar mun eller käke (t.ex. blås- eller stråkinstrument)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Lutat käken mot handen som att stödja eller vila hakan i handen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Tuggat enbart på ena sidan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Ätit mellan måltiderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Pratit ihållande (t.ex. undervisning, försäljning, kundtjänst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Sjungit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Gäspat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Hållit telefonen mellan huvud och axel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>