

Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders
RDC/TMD

Translated by
Balke Zibandeh
University of Heidelberg

Collaborators
Gholamreza M. Tafaghodie
Iran/ Mashhad
Dr. Marc Schmitter
University of Heidelberg

Translated from
Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders
Edited by: Samuel F. Dworkin, DDS, PhD and Linda LeResche, ScD
(see Language Translation at website: RDC-TMDinternational.org)

Back-translation Team
Dr. Richard Ohrbach
University at Buffalo

Mr. Omid Janloo
Clarksville MD

Accepted July 15, 2005

سوالهای مربوط به سوابق بیماری
TMJ
RDC/TMD

ترجمه کننده
زینبده بالکه
دانشگاه هایدلبرگ

همکاران
غلامرضا تفقیدی
ایران مشهد
مارک شمیپتر
دانشگاه هایدلبرگ

ترجمه شده از

Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders
Edited by: Samuel F. Dworkin, DDS, PhD and Linda LeResche, ScD
(see Language Translation at website: RDC-TMDinternational.org)

برگشته ترجمه
ریچارد اورباخ
دانشگاه بوفالو

اومیددانلو
مد کلارکسویل

مورد قبول
۱۵/۰۷/۲۰۰۵

Contents of this document:

1. Patient History Questionnaire	✓
2. RDC-TMD Clinical Examination Form	✓
3. Clinical Examination Specifications	
4. Verbal Instructions for Examiner	
5. Axis I Diagnostic Criteria	
6. Axis II: Disability & Psychological Status	
-Scoring Graded Chronic Pain	
-Scoring the Distress Scale Items	
-Addendum: Age-Sex Adjusted Norms for Distress Scale Items	
7. Summary of Patient Results	

فرم تستهای TMD کلینکی

مخضصات شناسنامه :

تاریخ :

۱- آیا در طرف راست ، چپ یا دو طرف صورت خود درد احساس می کنید ؟

- ۰ هیچکدام
- ۱ طرف راست
- ۲ طرف چپ
- ۳ هر دو طرف

۲- آیا می‌توانید محلی را که احساس درد میکند نشان دهید .

سمت چپ		سمت راست	
۰	هیچ	۰	هیچ
۱	در محل آرواره	۱	در محل آرواره
۲	در ماهیچه	۲	در ماهیچه
۳	در هر دو طرف	۳	در هر دو طرف

(چنانچه مشخص نباشد درد مربوط به مفصل آرواره می باشد یا ماهیچه ، معاینه کننده بایستی معاینه دقیق بعمل آورد و محل درد را مشخص کند)

۳. شکل باز کردن (دهان)

- ۰ مستقیم
- ۱ انحراف پهلوئی راست (تصحیح نشده)
- ۲ انحراف تصحیح شده (S) سمت راست
- ۳ انحراف پهلوئی سمت چپ (تصحیح نشده)
- ۴ انحراف تصحیح شده (S) سمت چپ
- ۵ سایر شکلها

توضیح داده شود.....
۴- حدود حرکت افقی

۸ با استفاده از دندان پیشین آرواره فوقانی

۹

الف . باز کردن بدون کمک بی درد میلی متر

سئوالهای مربوط به سوابق بیماری

تاریخ / /

لطفاً هر یک از سئوالات را خوانده و به آن پاسخ داده و پاسخ مورد نظرتان را با دایره مشخص کنید. تنها یکی از جوابها را دایره بکشید.

۱- آیا به نظر شما وضعیت سلامت جسم شما عالیست، خیلی خوب، خوب، معمولی و یا ضعیف می باشد؟

- ۱ عالی
- ۲ خیلی خوب
- ۳ خوب
- ۴ معمولی
- ۵ ضعیف

۲- به نظر شما وضعیت سلامت دهان شما چگونه است، عالیست، خیلی خوب، معمولی و یا ضعیف می باشد؟

- ۱ عالی
- ۲ خیلی خوب
- ۳ خوب
- ۴ معمولی
- ۵ ضعیف

۳- آیا در ماه گذشته احساس درد در صورت، آرواره، شقیقه (گیجگاه)، در قسمت جلوی گوش و یا گوشتان داشته اید؟ (در صورتیکه جواب منفی است به سوال ۱۴ بروید) نه آری ۱

اگر پاسخ مثبت است:

۴- الف: چند سال قبل درد صورتتان برای اولین بار شروع شد؟ سال

(اگر در یک سال قبل و یا بیشتر است به سوال ۵ بروید) (اگر کمتر از یک سال پیش است کد)

۴- ب: چند ماه قبل درد صورتتان برای اولین بار شروع شد؟ ماه قبل

۵- آیا درد صورتتان مداوم و همیشگی است، یا عود کننده است (می گیرد و ولی میکند) و یا تنها برای یک بار

اتفاق افتاده است؟

- ۱ دائم
- ۲ عود کننده
- ۳ یک بار اتفاق افتاده

۶- آیا هرگز به دکتر دندانپزشک ، پزشک یا سایر موارد تخصصی برای معاینه و درمان ناراحتی در صورت یا احساس درد در چهره مراجعه کرده اید .

- | | |
|---|-----------------------------|
| ۱ | نه |
| ۲ | بلی ، در ۶ ماهه اخیر |
| ۳ | بلی در بیشتر از ۶ ماه گذشته |

۷- در حال حاضر احساس درد در صورتتان را چگونه ارزیابی می کنید ، چنانچه معیار ارزیابی بین ۰ تا ۱۰ باشد و مفهوم صفر عدم احساس درد و عدد ۱۰ نمایانگر حداکثر درد ممکنه باشد ؟

حداکثر درد ممکنه
عدم احساس درد

۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

۸- در ۶ ماه گذشته شدت درد در صورتتان در بدترین حالت چگونه بوده است ؟ اگر بر معیار ۰ تا ۱۰ ارزیابی شود که صفر همان عدم احساس درد و ۱۰ به معنی حداکثر درد ممکنه باشد .

حداکثر درد ممکنه
عدم احساس درد

۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

۹- در ۶ ماهه گذشته بطور متوسط شدت درد چگونه بوده است ؟ اگر بر معیار ۰ تا ۱۰ ارزیابی شود که صفر همان عدم احساس درد و ۱۰ به معنی حداکثر درد ممکنه باشد (منظور شدت درد در مواقعی است که بروز آنرا تجربه کرده اید)

حداکثر درد ممکنه
عدم احساس درد

۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

۱۰- در ۶ ماهه گذشته تقریباً چند روز بخاطر درد صورت از فعالیتهای معمولی (کار ، مدرسه و یا خانه داری) باز مانده اید ؟

روز

۱۱- در ۶ ماهه گذشته به چه میزان درد صورت در فعالیتهای روزمره شما اخلال ایجاد کرده است ؟ در صورتیکه معیار ارزیابی بین صفر تا ده باشد بمعنی عدم اخلال و جلوگیری از فعالیت و ده بمعنی عدم توانایی برای انجام هرگونه فعالیت باشد .

عدم توانایی هر
گونه فعالیت
عدم اخلال

۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

۱۲- در ۶ ماهه گذشته درد صورت به چه میزان توانائی شما را در انجام کارهایی چون تفریح و سرگرمی ، فعالیت‌های فامیلی و اجتماعی تغییر داده است . صفر بمعنی عدم هر گونه تغییر و ۱۰ نماد تغییرات اساسی میباشد .

تغییرات بی اندازه زیاد
 ۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰
 عدم هر گونه تغییرات

۱۳- در ۶ ماهه گذشته درد صورت به چه میزان توانائی شما را در انجام کار (کارهایی در منزل) تغییر داده است ؟ صفر بمعنی عدم هر گونه تغییر و ۱۰ نماد توانائی انجام کار میباشد .

تغییرات بی اندازه زیاد
 ۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰
 عدم هر گونه تغییرات

۱۴ - الف ز تاکنون برای باز کردن آرواره هایتان با محدودیت یا قفل شدن مواجه شده اید ؟

۰ نه
 ۱ آری

(اگر در باز کردن دهان به هر طرف مشکلی نیست ، به سوال ۱۵ بروید) چنانچه پاسخ مثبت است :

۱۴ - ب : آیا این محدودیت در باز کردن آرواره آنقدر جدی بوده که مزاحمت در غذا خوردن شما را موجب شده باشد ؟

۰ نه
 ۱ آری

۱۵ - الف : آیا موقعی که دهانتان را باز بسته می کنید و یا چیزی می جوید آرواره شما صدای تیک می دهد و یا احساس ضربه ناگهانی در حرکت آرواره میکنید ؟

۰ نه
 ۱ آری

۱۵- ب : آیا وقتی دهانتان را باز بسته می کنید و یا به هنگام جویدن فکهایتان صدای دلخراش و یا سائیدن تولید میکنند ؟

۰ نه
 ۱ آری

۱۵- ج : آیا به شما گفته میشود و یا خودتان متوجه می شوید که به هنگام خواب دندانهایتان را بهم می سائید و به آرواره تان را بهم می فشارید ؟

• نه
۱ آری

۱۵- د: آیا بهنگام روز شما دندان هایتان را بهم می سائید و یا فکهایتان را بر روی هم می فشارید؟

• نه
۱ آری

۱۵ - ه: آیا موقع برخاستن از خواب بهنگام صبح احساس درد و سفت شدگی در آرواره دارید؟

• نه
۱ آری

۱۵ - و: آیا در گوشتان احساس صدا و زنگ دارید؟

• نه
۱ آری

۱۵- ز: آیا در فکها احساس حالت گزیدگی و یا وضعیت غیر عادی دارید؟

• نه
۱ آری

۱۶ - الف: آیا شما بیماری روماتیسم، ورم مفاصل، سل جلدی داشته و یا به سایر بیماریهای ورم مفاصل مبتلا هستید؟

• نه
۱ آری

۱۶- ب: آیا در فاملیتان کسی را می شناسید که به یکی از این امراض مبتلا بوده باشد؟

• نه
۱ آری

۱۶- ج: آیا شما در گذشته و یا در حال حاضر تورم (باد کردگی) یا درد در مفاصل خود بجز مفاصلهای نزدیک به

گوشتان ملاحظه کرده اید (TM)؟

• نه
۱ آری

(در صورتیکه تورم یا دردی نیست به سوال ۱۷ الف بروید)

در صورت مثبت بودن پاسخ:

۱۶ - د: آیا این تورم یا دردی که دارید حداقل یکسان ادامه داشته است؟

• نه
۱ آری

۱۷- الف: آیا اخیراً صورت یا آرواره شما مجروح شده است؟

• نه
۱ آری

(در صورتیکه اخیراً در صورت و آرواره مجروح نشده اید به سوال ۱۸ بروید)
در صورت مثبت بودن پاسخ:

۱۷- ب: آیا قیل از جراحی درد آرواره داشته اید؟

• نه
۱ آری

۱۸- آیا در ۶ ماهه گذشته دردسر و یا میگرن داشته اید؟

• نه
۱ آری

۱۹- مشکل موجود در آرواره تان شما را از چه نوع فعالیتی باز داشته و یا آنرا محدود کرده است؟

• نه	الف: جویدن	• نه	ز: فعالیتهای جنسی	• نه
۱ آری		۱ آری		
• نه	ب: نوشیدن	• نه	ح: تمیز کردن دندانها و صورت	• نه
۱ آری		۱ آری		
• نه	ج: ورزش کردن یا فعالیتهای بدنی	• نه	ت: دهن دره کردن	• نه
۱ آری		۱ آری		
• نه	د: خوردن غذاهای سفت	• نه	ی: بلعیدن	• نه
۱ آری		۱ آری		
• نه	ه: خوردن غذاهای نرم	• نه	ک: صحبت کردن	• نه
۱ آری		۱ آری		
• نه	و: لبخند زدن / خندیدن	• نه	ل: ظاهر صورت شما معمولی به نظر میرسد؟	• نه
۱ آری		۱ آری		

۲۰. در ماه گذشته تا چه اندازه در رابطه با مشکلات ذیل پریشان و مضطر یا نگران بوده اید ؟

ابتداً	جزئی	ملازم	قابل توجه تا اندازه ای	بی اندازه	
۰	۱	۲	۳	۴	الف: انواع سردرد
a	۱	۲	۳	۴	ب: از دست دادن علائق جنسی و لذت بردن
B	۱	۲	۳	۴	پ: احساس ضعف کردن یا دوران سر داشتن
C	۱	۲	۳	۴	ت: درد در قلب و یا سینه
D	۱	۲	۳	۴	ث: احساس کم انرژی داشتن یا تحلیل رفتن
E	۱	۲	۳	۴	ج: به مرگ و مردن فکر کردن
F	۱	۲	۳	۴	چ: از دست دادن اشتها
G	۱	۲	۳	۴	ح: بسادگی گریه کردن
H	۱	۲	۳	۴	خ: برای هر چیزی خود را مقصر دانستن
I	۱	۲	۳	۴	د: احساس درد در قسمت تحتانی پشت
J	۱	۲	۳	۴	ذ: احساس تنهائی کردن
R	۱	۲	۳	۴	ر: تنگ خلقی - افسردگی
L	۱	۲	۳	۴	ز: ناراحتی عمیق و غصه دار بودن زیاد درباره هر چیزی
M	۱	۲	۳	۴	ژ: به چیزی علاقه نداشتن و بیزاری
N	۱	۲	۳	۴	س: تهوع یا منقلب بودن شکم (دل پیچه داشتن)
O	۱	۲	۳	۴	ش: احساس سختی و درد در ماهیچه ها
P	۱	۲	۳	۴	ص: مشکل بی خوابی
Q	۱	۲	۳	۴	ض: مشکل نفس کشیدن
R	۱	۲	۳	۴	ط: به دفعات احساس سرما یا گرما کردن
S	۱	۲	۳	۴	ظ: در قسمتهای از بدن احساس کرخ بودن یا سوزش داشتن
t	۱	۲	۳	۴	ع: احساس برآمدگی در گلو
V	۱	۲	۳	۴	غ: احساس ناامیدی درباره آینده
V	۱	۲	۳	۴	ق: احساس ضعف در قسمتهائی از بدن
W	۱	۲	۳	۴	ف: احساس سنگینی در بازو و ران
X	۱	۲	۳	۴	ک: فکر کردن به اینکه زندگیتان رو به پایان است
Y	۱	۲	۳	۴	گ: پر خوری
Z	۱	۲	۳	۴	ل: صبح زود از خواب بیدار شدن

۴	۳	۲	۱	۰	م: خواب همراه با بی قراری و آشفتگی
۴	۳	۲	۱	۰	ن: احساس اینکه هر چیزی تفلأ و تلاش لازم دارد
۴	۳	۲	۱	۰	و: احساس بوجی و بی ارزش بودن
۴	۳	۲	۱	۰	ه: احساس اینکه گرفتارید و در تله افتاده اید
۴	۳	۲	۱	۰	ی: احساس گناهکاری

۲۱- در مواظبت از سلامت کلی جسم خود احساس میکنید تا چه حد کار خوبی انجام میدهید؟

عالی ۱ خیلی خوب ۲ خوب ۳ متوسط ۴ ضعیف ۵

۲۲- در مواظبت از سلامت دهان خود احساس میکنید تا چه حد کار خوبی انجام می دهید؟

عالی ۱ خیلی خوب ۲ خوب ۳ متوسط ۴ ضعیف ۵

۲۳- چه زمانی متولد شده اید؟ روز..... ماه..... سال.....

۲۴- مردهستید یا زن
 ۱ مرد
 ۲ زن

۲۵- به کدامیک از گروههای ذیل صورت شما بیشتر شباهت دارد.

۱ الویت ها ، اسکیمو یا سرخپوستان آمریکایی
 ۲ مردم آسیا یا جزایر اقیانوس آرام
 ۳ سیاه
 ۴ سفید
 ۵ سبزه
 ۶ غیره

لطفاً توضیح دهید.....

۲۶- آیا هیچ یک از گروههای ذیل اسلاف شما بوده و از نسل ایشان می باشید؟

۱ ایرانی
 ۲ اروپایی
 ۳ عرب
 ۴ ترکمن
 ۵ بربری
 ۶ هندی
 ۷

۸	سیاهپوست	۴	ترک
۹	هیچکدام		

۲۷- بالاترین درجه تحصیل و سالهائی که بطور مرتب تحصیل کرده اید چیست؟

۰	هرگز تحصیل نکردم یا در حد پیش دبستان
۱	مدرسه ابتدائی را گذرانده ام
۲	دوره راهنمایی را گذرانده ام
۳	دبیرستان را تمام کرده ام
۴	فوق دیپلم میباشم
۵	دروه کارشناسی را گذرانده ام
۶	دروه کارشناسی ارشد را گذرانده ام
۷	دروه دکترا و یا بالاتر را گذرانده ام
۸	
۹	
۱۰	
۱۱	
۱۲	
۱۳	
۱۴	
۱۵	
۱۶	
۱۷	
۱۸	
۱۹	
۲۰	

۲۸- الف: در دو هفته گذشته غیر از در محیط خانه جای دیگر مشغول بکار بوده اید (شامل کارهائی از قبیل کار در مزرعه فامیلی یا شغلی که دسمتردی به شما پرداخت نشده باشد)؟ آری ۱ نه ۲
چنانچه کار نمی کردید:

۲۸- ب: هر چند که در دو هفته گذشته کاری نمی کرده اید، آیا شغل و کاری داشته اید؟ آری ۱ نه ۲
(در صورتیکه پاسخ مثبت است به سوال ۲۹ بروید)

۲۸- ج: آیا در مدت دو هفته مزبور به دنبال کاریابی بوده اید یا اینکه به طریقی از کارتان جدا بوده اید؟

۱	آری به دنبال کاریابی بوده ام	۳	از کار اخراج و دنبال کار بودم
۲	آری از کارم جدا بوده ام	۴	نه

۲۹- متاهل هستید، بیوه اید، طلاق گرفته اید، جدا زندگی میکنید و یا هرگز ازدواج نکرده اید.

۱	ازدواج کرده و با خانواده زندگی میکنم
۲	ازدواج کرده و دور از خانواده ام
۳	بیوه هستم
۴	طلاق گرفته ام
۵	جدا شده (در حال متراکه هستم)

هرگز ازدواج نکرده ام

۶

۳۰- کدامیک از ارقام ذیل نشانگر جمع درآمد کل خانوار شما در ۱۲ ماه گذشته میباشد؟ (ماهانه)

- ۱- ماهانه ۰ تا ۱۲۰۰۰۰ تومان
۲- ماهانه از ۱۲۰۰۰۱ تا ۲۰۰۰۰۰ تومان
۳- ماهانه از ۲۰۰۰۰۱ تا ۲۸۰۰۰۰۰ تومان
۴- ماهانه از ۲۸۰۰۰۰۱ تا ۴۰۰۰۰۰۰ تومان
۵- ماهانه از ۴۰۰۰۰۰۱ به بالا

۳۱- شماره کد ملی شما چیست؟

تلفن: _____
آدرس محل سکونت: _____

ب. ماگزیمم باز کردن بدون کمک میلیتر

ج. ماگزیمم باز کردن با کمک میلیتر

د. مقدار رویهم قرار گرفتن در برشی در جهت افقی میلیتر

درد		مفصل				
هر دو طرف	سمت چپ	سمت راست	هیچ طرف	آری	نه	NA
۰	۲	۱	۳	۱	۰	۹
۰	۲	۱	۳	۱	۰	۹

۵- صداها در مفصل آرواره (بالمس کردن)

سمت چپ	سمت راست		الف. باز کردن (دمان)
۰	۰	صدا وجود ندارد	
۱	۱	صدای تلک (تک صدا)	
۲	۲	صدای خش خش خشن	
۳	۳	صدای خش خش نرم	
..... میلی متر میلی متر	اندازه گیری صدای تلک هنگام باز کردن	

سمت چپ	سمت راست		ب. بستن (دمان)
۰	۰	صدا وجود ندارد	
۱	۱	صدای تلک (تک صدا)	
۲	۲	صدای خش خش خشن	
۳	۳	صدای خش خش نرم	
..... میلی متر میلی متر	اندازه گیری صدای تلک هنگام بستن	

سمت چپ	سمت راست		ج. تک صدای دو جانبه که در محل دهانه پیش آمده مجو می گردد
۰	۰	نه	
۱	۱	آری	
۹	۹		

۶- حرکت :

الف : حرکت پهلویی سمت راست میلی متر

ب : حرکت پهلویی سمت چپ میلی متر

مفصل		درد				
NA	نه	آری	هیچ طرف	سمت راست	سمت چپ	هر دو طرف
الف :	۹	۰	۱	۲	۳	
ب :	۹	۰	۱	۲	۳	

ج: جلو آمدگی یا حرکت به جلو فک پائین میلی متر

سمت راست	سمت چپ
۱	۲

د: انحراف در محور میانی میلی متر

۷- صدای مفصلی در حرکت

صداهای سمت راست	هیچ صدای تلک	صدای خش خش	صدای خش خش نرم
حرکت سمت راست	۰	۱	۲
حرکت سمت چپ	۰	۱	۲
جلو آمدگی یا حرکت به جلو فک پائین	۰	۱	۲

صداهای سمت چپ	هیچ صدای تلک	صدای خش خش	صدای خش خش نرم
حرکت سمت راست	۰	۱	۲
حرکت سمت چپ	۰	۱	۲
جلو آمدگی یا حرکت به جلو فک پائین	۰	۱	۲

راهنمایی: آیتیم های ۸ تا ۱۰

معاینه کننده قسمتهای سر، صورت و گردن شما را با لمس کردن دست و فشار مختصر معاینه خواهد کرد. از شما خواهش می کنیم در هر قسمت چنانچه دردی احساس نمی کنید یا اینکه تنها احساس فشار می کنید (.) یا چنانچه درد احساس می کنید اعداد ۱ تا ۳ را اعلام کنید. لطفاً با توجه به درجه بندی ذیل میزان درد در هر نقطه عود که مورد معاینه با دست قرار می گیرد را مشخص فرمائید. دور شماره ای که متناسب با احساس درد میباشد را دایره بکشید. تقاضا می کنیم این اعداد برای معاینات سمت راست و چپ جداگانه مشخص گردند.

۰ = عدم احساس درد یا فشار

۱ = درد کم

۲ = در قابل توجه

