

Diagnostiska Kriterier för Temporomandibulär Dysfunktion

Redigerat av

Tandvårdshögskolan

Docent Thomas List

Malmö högskola
Sverige

***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)*

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	
4. Axis II: Disability & Psychological Status	
-Scoring Graded Chronic Pain	
-Scoring the Distress Scale Items	
-Addendum: Age-Sex Adjusted Norms for Distress Scale Items	
5. Summary of Patient Results	

Ingen smärta 0 1 2 3 4 5 6 7 8 **Outhärdlig smärta** 9 10

9. De senaste 6 månaderna, hur intensiv var smärtan i genomsnitt på en 0-10 poängskala där 0 är "ingen smärta" och 10 är "outhärdlig smärta"? (Det är Din vanliga smärta när Du upplever smärta).

Ingen smärta 0 1 2 3 4 5 6 7 8 **Outhärdlig smärta** 9 10

10. Hur många dagar de senaste 6 månaderna har Du avhållit Dig från Dina vanliga aktiviteter (arbete, skola, hushållsarbete) på grund av smärtor i ansikte/mun?

_____ dagar

11. De senaste 6 månaderna, hur mycket har smärtorna i ansikte/mun stört (hindrat) Dig i Dina dagliga aktiviteter graderat på en 0-10 poängskala, där 0 är "ingen störning" och 10 är "oförmögen att utföra några aktiviteter"?

Ingen störning 0 1 2 3 4 5 6 7 8 **Oförmögen att utföra några aktiviteter** 9 10

12. De senaste 6 månaderna, hur mycket har smärtorna i ansikte/mun minskat Din förmåga att delta i fritids-, sociala- och familjeaktiviteter graderat på en 0-10 poängskala, där 0 är "ingen förändring" och 10 är "våldigt mycket förändrat"?

Ingen förändring 0 1 2 3 4 5 6 7 8 **Våldigt mycket förändrat** 9 10

13. De senaste 6 månaderna, hur mycket har smärtorna i ansikte/mun förändrat Din förmåga att arbeta (inkl hushållsarbete), graderat på en 0-10 poängskala där 0 är "ingen förändring" och 10 är "våldigt mycket förändrat"?

Ingen förändring 0 1 2 3 4 5 6 7 8 **Våldigt mycket förändrat** 9 10

- | | | | |
|-------|---|-----|---|
| 14 a. | Har Din käke varit låst eller hakat upp sig så att gapförmågan varit nedsatt? | Nej | 0 |
| | | Ja | 1 |
| 14 b. | Om Ja. Var gapinskränknigen så besvärlig att den störde Din förmåga att äta? | Nej | 0 |
| | | Ja | 1 |
| 15 a. | Förekommer käkledsknäppningar när Du gapar, stänger munnen eller tuggar? | Nej | 0 |
| | | Ja | 1 |
| 15 b. | Förekommer skrapljud från käkleden när Du gapar, stänger munnen eller tuggar? | Nej | 0 |
| | | Ja | 1 |

15 c.	Har Du själv eller någon annan lagt märke till att Du pressar eller gnisslar tänderna när Du sover under natten?	Nej Ja	0 1
15 d.	Pressar eller gnisslar Du tänderna under dagen?	Nej Ja	0 1
15 e.	Förekommer värk, stelhet eller trötthetskänslor i käkarna när Du vaknar upp på morgonen?	Nej Ja	0 1
15 f.	Har Du öronsusningar?	Nej Ja	0 1
15 g.	Har Du bettstörningar? (bettet känns obehagligt eller ovanligt)	Nej Ja	0 1
16 a.	Har Du reumatoid artrit, SLE eller någon annan systemsjukdom som kan påverka muskler och/eller leder?	Nej Ja	0 1
16 b.	Har någon i Din familj någon av ovanstående sjukdomar?	Nej Ja	0 1
16 c.	Har Du haft svullna eller smärtande leder utöver käklederna?	Nej Ja	0 1
16 d.	Om Ja. Är detta en kontinuerlig smärta som Du har haft i minst ett år?	Nej Ja	0 1
17 a.	Har Du nyligen haft ett slag eller skada i ansiktet eller mot käken?	Nej Ja	0 1
17 b.	Om Ja. Hade Du smärta i käken före skadan?	Nej Ja	0 1
18.	Har Du under de senaste 6 månaderna haft problem med huvudvärk eller migrän?	Nej Ja	0 1
19. Vilka av följande aktiviteter begränsas eller omöjliggörs av Dina käkbesvär?			
a.	Tugga	Nej Ja	0 1
b.	Dricka	Nej Ja	0 1
c.	Motionera	Nej Ja	1 1
d.	Äta hård föda	Nej Ja	0 1
e.	Äta mjuk föda	Nej Ja	0 1

f. Le/skratta	Nej	0
	Ja	1
g. Sexuella aktiviteter	Nej	0
	Ja	1
h. Tvätta ansiktet/borsta tänderna	Nej	0
	Ja	1
i. Gäspa	Nej	0
	Ja	1
j. Svälja	Nej	0
	Ja	1
k. Tala	Nej	0
	Ja	1
l. Visa Ditt ansiktsuttryck	Nej	0
	Ja	1

20.	Den senaste månaden, hur mycket har Du besvärats av:	Inte alls	Lite grand	Måttligt	Ganska mycket	Väldigt mycket
a.	Huvudvärk	0	1	2	3	4
b.	Har tappat det sexuella intresset eller den sexuella tillfredsställelsen	0	1	2	3	4
c.	Matthet eller yrsel	0	1	2	3	4
d.	Har smärtor i hjärttrakten eller i bröstet	0	1	2	3	4
e.	Känner mig energifattig eller långsammare än vanligt	0	1	2	3	4
f.	Tänker på döden och hur det är att dö	0	1	2	3	4
g.	Dålig matlust	0	1	2	3	4
h.	Har lätt för att gråta	0	1	2	3	4
i.	Klandrar mig själv för saker och ting	0	1	2	3	4
j.	Smärtor i nedre delen av ryggen	0	1	2	3	4
k.	Känner mig ensam	0	1	2	3	4
l.	Känner mig nedstämd	0	1	2	3	4
m.	Oroar mig alltför mycket för saker och ting	0	1	2	3	4

n.	Känner inget intresse för saker och ting	0	1	2	3	4
o.	Illamående eller orolig mage	0	1	2	3	4
p.	Värk eller ömhet i musklerna	0	1	2	3	4
q.	Har svårt att somna	0	1	2	3	4
r.	Besvär att få luft	0	1	2	3	4
s.	Vågor av kyla eller värme genom kroppen	0	1	2	3	4
t.	Det domnar eller sticker i olika delar av kroppen	0	1	2	3	4
u.	Klump i halsen	0	1	2	3	4
		Inte Alls	Lite grand	Måttligt	Ganska mycket	Väldigt mycket
v.	Känner en hopplöshet inför framtiden	0	1	2	3	4
w.	Känner mig svag i delar av kroppen	0	1	2	3	4
x.	Tyngdkänsla i armar och ben	0	1	2	3	4
y.	Tankar på att ta livet av mig	0	1	2	3	4
z.	Äter för mycket	0	1	2	3	4
aa.	Vaknar tidigt på morgonen	0	1	2	3	4
bb.	Orolig eller störd sömn	0	1	2	3	4
cc.	Känns som allting är ansträngande	0	1	2	3	4
dd.	Känner mig värdelös	0	1	2	3	4
ee.	Känner mig pressad att få saker och ting gjorda	0	1	2	3	4
ff.	Känner mig skuldmedveten	0	1	2	3	4
21.	Hur bedömer Du att Din förmåga är att sköta om Din hälsa?				Utmärkt Mycket bra Bra Någorlunda Dålig	1 2 3 4 5
22.	Hur bedömer Du att Din förmåga är att sköta om Din munhälsa?				Utmärkt Mycket bra Bra Någorlunda Dålig	1 2 3 4 5
23.	Födelsedatum _____ år _____ mån _____ dag					

24.	Är Du man eller kvinna?	Man	1
		Kvinna	2
25.	Är Du eller Dina föräldrar inflyttade till Sverige från annat land?	Ja	1
		Nej	2
26.	Om Ja, från vilket land? Land _____		
27.	Vad har Du för utbildning? (Ange högsta utbildning)		
	Folkskola, högst 8 år		1
	Grundskola, realskola eller motsvarande i minst 9 år		2
	Gymnasieutbildning eller motsvarande i 2-4 år		3
	Examen från universitet eller högskola		4
	Annan huvudsaklig utbildning nämligen: _____		5
28.	Vilken är Din huvudsakliga sysselsättning för närvarande?		
	Förvärvsarbete heltid		1
	Förvärvsarbete deltid _____ %		2
	Studerande		3
	Hemmafru/hemmaman		4
	Arbetslös		5
	Förtids-/sjukpensionär		6
	Sjukskriven/sjukbidrag		7
	Ålderspensionär		8
29.	Vilket civilstånd har Du för närvarande?		
	Gift/sammanboende		1
	Ogift		2
	Frånskild		3
	Änka/änkling		4
30.	Boendeort?		
	Större tätort		1
	Mindre tätort		2
	Landsbygd		3