



QUESTIONARIO DC-TMD Agg 2014

Nome _____ Cognome _____

DOLORE		
1. HAI MAI AVUTO DOLORE NELLA MANDIBOLA, ORECCHIO, ZONA TEMPORALE, ARTICOLAZIONE DELLA MANDIBOLA O IN ALTRA SEDE?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
2. DA QUANTO TEMPO E' COMPARSO IL DOLORE?	<input type="checkbox"/> _____ MESI <input type="checkbox"/> _____ ANNI	
3. NEGLI ULTIMI 30 GIORNI HAI AVUTO DOLORE O SOFFERENZA ALLA MANDIBOLA AL RISVEGLIO?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
4. NEGLI ULTIMI 30 GIORNI PER QUANTO TEMPO HAI SOFFERTO DI DOLORE ALLA MANDIBOLA E/O ALLA TESTA?	<input type="checkbox"/> MAI <input type="checkbox"/> DOLORE VA E VIENE <input type="checkbox"/> DOLORE COSTANTE	
5. NEGLI ULTIMI 30 GIORNI LE SEGUENTI ATTIVITA' HANNO MODIFICATO IL DOLORE (IN SENSO AUMENTATO O DIMINUITO)?		
A. MASTICARE CIBO DURO O DIFFICILE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
B. APRIRE LA BOCCA O MUOVERE LA MANDIBOLA IN AVANTI O DI LATO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
C. ABITUDINI MANDIBOLARI COME STRINGERE I DENTI DIGRIGNARE I DENTI O MASTICARE GOMME	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
D. ALTRE ATTIVITA' COME PARLARE, BACIARE O SBADIGLIARE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
CEFALEA		
6. NEGLI ULTIMI 30 GIORNI HAI MAI AVUTO CEFALEA INCLUSO L'AREA DELLE TEMPIE O LA FRONTE?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
7. DA QUANTO TEMPO E' COMPARSA LA CEFALEA?	<input type="checkbox"/> _____ MESI <input type="checkbox"/> _____ ANNI	
8. NEGLI ULTIMI 30 GIORNI LE SEGUENTI ATTIVITA' HANNO MODIFICATO LA CEFALEA (IN SENSO AUMENTATO O DIMINUITO)?		
E. MASTICARE CIBO DURO O DIFFICILE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
F. APRIRE LA BOCCA O MUOVERE LA MANDIBOLA IN AVANTI O DI LATO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
G. ABITUDINI MANDIBOLARI COME STRINGERE I DENTI DIGRIGNARE I DENTI O MASTICARE GOMME	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
H. ALTRE ATTIVITA' COME PARLARE, BACIARE O SBADIGLIARE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI



RUMORI ARTICOLARI TEMPORO MANDIBOLARI

9. NEGLI ULTIMI 30 GIORNI HAI MAI SENTITO RUMORI ALLE ARTICOLAZIONI TEMPORO MANDIBOLARI QUANDO MUOVI O USI LA MANDIBOLA?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX
BLOCCO MANDIBOLA - BOCCA CHIUSA		
10. HAI MAI AVUTO LA MANDIBOLA BLOCCATA O INCASTRATA ANCHE SOLO PER UN MOMENTO IN MODO DA NON POTERLA APRIRE TUTTA?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX
11. IL BLOCCO è MAI STATO SEVERO ABBASTANZA DA INTERFERIRE SULLA CAPACITA' DI MASTICARE?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX
12. NEGLI ULTIMI 30 GIORNI LA MANDIBOLA SI È MAI BLOCCATA IN MODO DA NON POTERLA APRIRE TUTTA E QUINDI SBLOCCATA IN MODO DA RIAPRIRLA COMPLETAMENTE?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX
13. LA MANDIBOLA È ATTUAMENTE BLOCCATA O LIMITATA IN MODO DA NON POTERLA APRIRE COMPLETAMENTE?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX
LUSSAZIONE DELLA MANDIBOLA - BOCCA APERTA		
14. NEGLI ULTIMI 30 GIORNI QUANDO APRI LA TUA BOCCA AL MASSIMO, TI È MAI CAPITATO DI NON POTERLA CHIUDERE DALLA POSIZIONE DI MASSIMA APERTURA?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX
15. NEGLI ULTIMI 30 GIORNI DURANTE IL BLOCCO DELLA MANDIBOLA A BOCCA APERTA È CAPITATO DI DOVER FARE QUALCOSA PER RICHIUDERLA INCLUSO RIPOSARE, MUOVERLA O RIPOSIZIONARLA MANUALMENTE?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX



Centro Odontoiatrico NeuroMuscolare - Dott. Andrea Gizdulich

Via Duccio di Buoninsegna, 48-50143 Firenze

Tel 055716906 Fax 0557134661

P.Iva 05103680483

C.F. GZDNR73A09D612U

www.dccm.it - drgizdulich@dccm.it

SCALA 2.0 DI GRADAZIONE DEL DOLORE CRONICO (SCALA 0-10)

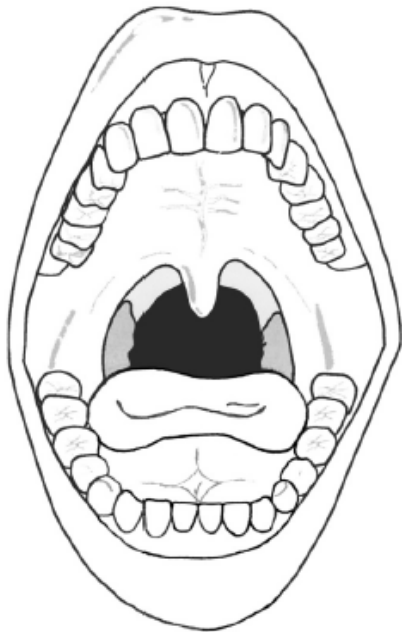
16. QUANTI GIORNI NEGLI ULTIMI 6 MESI HAI SOFFERTO DI DOLORI ALLA TESTA?	_____ GIORNI
17. COME GIUDICHI IL TUO DOLORE FACCIALE ORA?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18. NEGLI ULTIMI 30 GIORNI COME GIUDICHI IL PEGGIORE DOLORE FACCIALE?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
19. NEGLI ULTIMI 30 GIORNI - PER INTENSITA' - COME GIUDICHI IL TUO DOLORE FACCIALE? (INTESO NEL SENSO DI DOLORE USUALE)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20. NEGLI ULTIMI 30 GIORNI QUANTI GIORNI IL TUO DOLORE TI HA IMPEDITO DI SVOLGERE LE TUA ATTIVITA' ABITUALI (LAVORO, STUDIO, LAVORI DOMESTICI)?	_____ GIORNI
21. NEGLI ULTIMI 30 GIORNI QUANTI GIORNI IL TUO DOLORE TI HA IMPEDITO DI SVOLGERE LE TUA ATTIVITA' QUOTIDIANE?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
22. NEGLI ULTIMI 30 GIORNI QUANTI GIORNI IL TUO DOLORE HA INTERFERITO CON LO SVOLGIMENTO DELLE TUE ATTIVITA' RICREATIVE, SOCIALI E FAMILIARI?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
23. NEGLI ULTIMI 30 GIORNI QUANTI GIORNI IL TUO DOLORE HA INTERFERITO CON LA TUA ABILITA' AL LAVORO?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SCALA 20 - LIMITAZIONE FUNZIONALE DELLA MANDIBOLA

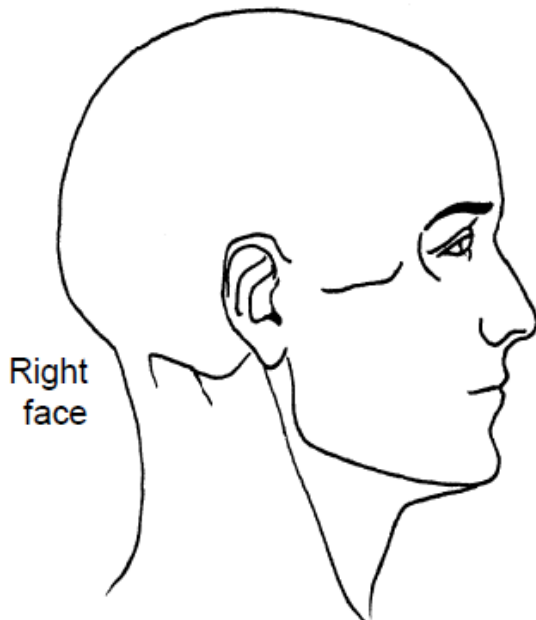
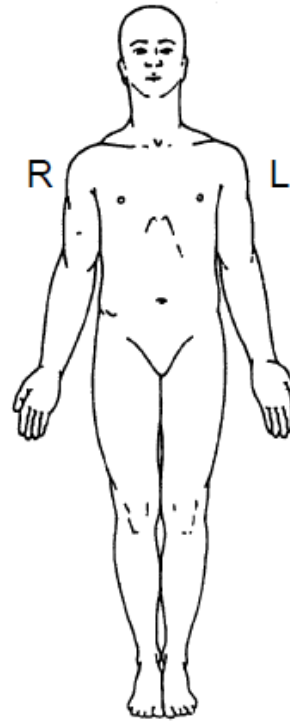
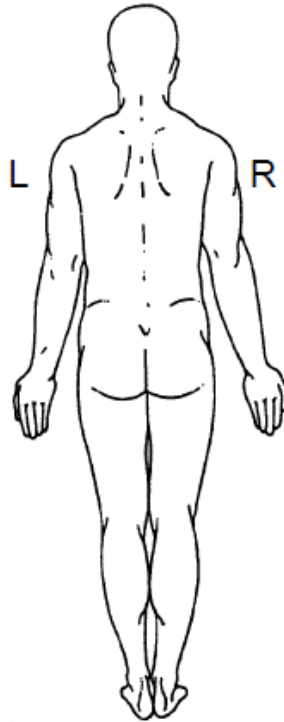
24. PER CIASCUNA VOCE INDICARE IL LIVELLO DI LIMITAZIONE DURANTE L'ULTIMO MESE.

MASTICARE CIBO DIFFICILE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MASTICARE CIBO DURO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MASTICARE POLLO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MASTICARE CRACKERS	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MASTICARE CIBO SOFFICE SENZA GRANDE MASTICAZIONE (PESCE, VEDURE COTTE, FRUTTI MORBIDI)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MANGIARE CIBO SOFFICE CHE NON RICHIEDE MASTICAZIONE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
APRIRE BOCCA GRANDE PER MORDERE UNA MELA INTERA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
APRIRE BOCCA GRANDE PER MORDERE UNA SANDWICH	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
APRIRE ABBASTANZA PER PARLARE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
APRIRE ABBASTANZA DA BERE DA UNA COPPA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
DEGLUTIRE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
SBADIGLIARE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
PARLARE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
SORRIDERE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
CANTARE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FARE UN'ESPRESSIONE FELICE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FARE UN'ESPRESSIONE ARRABBIATA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
AGGROTTARE LE CIGLA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
BACIARE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
SORRIDERE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

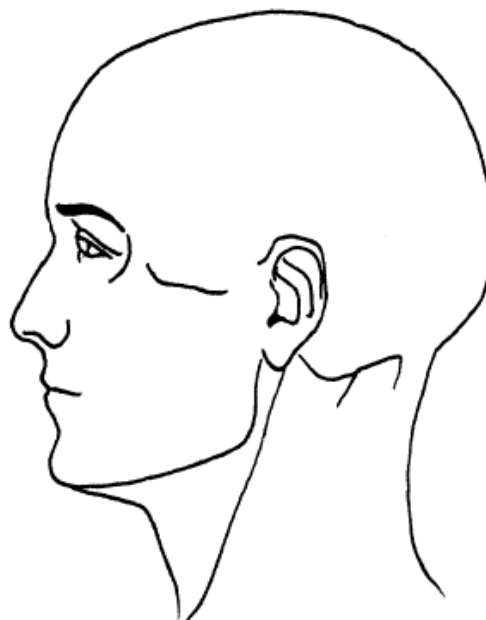
DISEGNA L'AREA DEL DOLORE



Mouth and teeth



Right face



Left face



QUESTIONARIO DELLA SALUTE 4

25. NELLE ULTIME 2 SETTIMANE QUANTO SPESSO SEI STATO SECCATO DAI SEGUENTI PROBLEMI. MARACARE IL BOX

SENTIRSI NERVOSO, ANSIOSO	<input type="checkbox"/> MAI	<input type="checkbox"/> TALVOLTA	<input type="checkbox"/> SPESSO	<input type="checkbox"/> SEMPRE
INCAPACE DI ARRESTARE LE ARRABBIATURE	<input type="checkbox"/> MAI	<input type="checkbox"/> TALVOLTA	<input type="checkbox"/> SPESSO	<input type="checkbox"/> SEMPRE
SCARSO INTERESSE E PIACE NEL FARE LE COSE	<input type="checkbox"/> MAI	<input type="checkbox"/> TALVOLTA	<input type="checkbox"/> SPESSO	<input type="checkbox"/> SEMPRE
SENTIRSI DEPRESSO E SENZA SPERANZA	<input type="checkbox"/> MAI	<input type="checkbox"/> TALVOLTA	<input type="checkbox"/> SPESSO	<input type="checkbox"/> SEMPRE

26. SOMMANDO TUTTI I PROBLEMI, QUANTA DIFFICOLTA' TI HANNO CREATO A LAVORO, A CASA E NEI RAPPORTI CON GLI ALTRI? MARACARE IL BOX

<input type="checkbox"/> NESSUNA DIFFICOLTA'	<input type="checkbox"/> QUALCHE DIFFICOLTA'	<input type="checkbox"/> MOLTE DIFFICOLTA'	<input type="checkbox"/> DIFFICOLTA' ESTREME
--	--	--	--

27. NELLE ULTIME 2 SETTIMANE QUANTO SPESSO SEI STATO SECCATO DAI SEGUENTI PROBLEMI.

SENTIRSI NERVOSO, ANSIOSO	<input type="checkbox"/> MAI	<input type="checkbox"/> TALVOLTA	<input type="checkbox"/> SPESSO	<input type="checkbox"/> SEMPRE
PROBLEMI AD ADDORMENTARSI – DORMIRE TROPPO	<input type="checkbox"/> MAI	<input type="checkbox"/> TALVOLTA	<input type="checkbox"/> SPESSO	<input type="checkbox"/> SEMPRE
SENTIRSI STANCO E CON POCA ENERGIA	<input type="checkbox"/> MAI	<input type="checkbox"/> TALVOLTA	<input type="checkbox"/> SPESSO	<input type="checkbox"/> SEMPRE
POCO APPETITO O ABBUFFARSI	<input type="checkbox"/> MAI	<input type="checkbox"/> TALVOLTA	<input type="checkbox"/> SPESSO	<input type="checkbox"/> SEMPRE
SENTIRSI GIU'	<input type="checkbox"/> MAI	<input type="checkbox"/> TALVOLTA	<input type="checkbox"/> SPESSO	<input type="checkbox"/> SEMPRE
SENTIRSI IRREQUIETO E AGITATO PIU' DEL SOLITO	<input type="checkbox"/> MAI	<input type="checkbox"/> TALVOLTA	<input type="checkbox"/> SPESSO	<input type="checkbox"/> SEMPRE
PROBLEMI A CONCENTRARSI	<input type="checkbox"/> MAI	<input type="checkbox"/> TALVOLTA	<input type="checkbox"/> SPESSO	<input type="checkbox"/> SEMPRE
SCARSO INTERESSE E PIACE NEL FARE LE COSE	<input type="checkbox"/> MAI	<input type="checkbox"/> TALVOLTA	<input type="checkbox"/> SPESSO	<input type="checkbox"/> SEMPRE
SENTIRSI DEPRESSO E SENZA SPERANZA	<input type="checkbox"/> MAI	<input type="checkbox"/> TALVOLTA	<input type="checkbox"/> SPESSO	<input type="checkbox"/> SEMPRE

28. SOMMANDO TUTTI I PROBLEMI, QUANTA DIFFICOLTA' TI HANNO CREATO A LAVORO, A CASA E NEI RAPPORTI CON GLI ALTRI? MARACARE IL BOX

<input type="checkbox"/> NESSUNA DIFFICOLTA'	<input type="checkbox"/> QUALCHE DIFFICOLTA'	<input type="checkbox"/> MOLTE DIFFICOLTA'	<input type="checkbox"/> DIFFICOLTA' ESTREME
--	--	--	--



QUESTIONARIO 15 SINTOMI FISICI

29. NELLE ULTIME 4 SETTIMANE QUANTO SPESSO SEI STATO SECCATO DAI SEGUENTI PROBLEMI?

MAL DI STOMACO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> POCO	<input type="checkbox"/> MOLTO
MAL DI SCHIENA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> POCO	<input type="checkbox"/> MOLTO
DOLORE BRACCIA GAMBE O ARTICOLAZIONI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> POCO	<input type="checkbox"/> MOLTO
CRAMPI MESTRUALI (SOLO DONNE)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> POCO	<input type="checkbox"/> MOLTO
CEFALEA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> POCO	<input type="checkbox"/> MOLTO
DOLORI AL PETTO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> POCO	<input type="checkbox"/> MOLTO
INSTABILITA' VERTIGINI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> POCO	<input type="checkbox"/> MOLTO
SVENIMENTI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> POCO	<input type="checkbox"/> MOLTO
TACHICARDIA PALPITAZIONI CARDIACHE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> POCO	<input type="checkbox"/> MOLTO
DOLORE O PROBLEMI DURANTE ATTIVITA' SESSUALE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> POCO	<input type="checkbox"/> MOLTO
COSTIPAZIONE O DIARREA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> POCO	<input type="checkbox"/> MOLTO
NAUSEA E INDIGESTIONE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> POCO	<input type="checkbox"/> MOLTO
SENTIRSI STANCO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> POCO	<input type="checkbox"/> MOLTO
FIATO CORTO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> POCO	<input type="checkbox"/> MOLTO
PROBLEMI AD ADDORMENTARSI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> POCO	<input type="checkbox"/> MOLTO



COMPORAMENTO ORALE

30. NELLE ULTIME 4 SETTIMANE QUANTO SPESSO FAI LE SEGUENTI ATTIVITA'? LA FREQUENZA VARIA NORMALMENTE, SCEGLI TRA LE OPZIONI QUELLA MAGGIORE.

31. ATTIVITA DURANTE LA NOTTE	MAI	<1 NOTTE/ MESE	1-3 NOTTE/ MESE	1-3 NOTTE/ SETT	4-7 NOTTE/ SETT
SERRARE O DIGRIGNARE I DENTI DI NOTTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DORMIRE IN POSIZIONE CHE COMPRIME LA MANDIBOLA (ES DI LATO O A PANCIA GIU')	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. ATTIVITA DURANTE IL GIORNO	MAI	<1 NOTTE/ MESE	1-3 NOTTE/ MESE	1-3 NOTTE/ SETT	4-7 NOTTE/ SETT
DIGRIGNARE I DENTI DI GIORNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERRARE I DENTI DI GIORNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREMERE, TOCCARE O MANTENERE I DENTI IN CONTATTO MENTRE MANGI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRATTENERE O TENDERE I MUSCOLI SENZA SERRARE I DENTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANTENERE O SPOSTARE LA MANDIBOLA IN AVANTI O DI LATO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREMERE LA LINGUA CONTRO I DENTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
METTERE LA LINGUA FRA I DENTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MORDERE, MASTICARE O GIOCARE CON LA LINGUA, GUANCIE O LABBRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANTENERE LA MANDIBOLA IN POSIZIONE DI TENSIONE RIGICDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREMERE TRA I DENTI O MORDERE OGGETTI COME PIPA, PENNE, DITA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MASTICARE GOMME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUONARE STRUMENTI MUSICALI CHE USANO LA BOCCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APPOGGIARSI CON LA MANO ALLA MANDIBOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MASTICARE CIBO SOLO SU UN LATO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANGIARE TRA I PASTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CANTARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SBADIGLIARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TENERE IL TELEFONO TRA TESTA E SPALLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>