

Zielonki,

Ankieta – zaburzenia czynnościowe narządu żucia

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

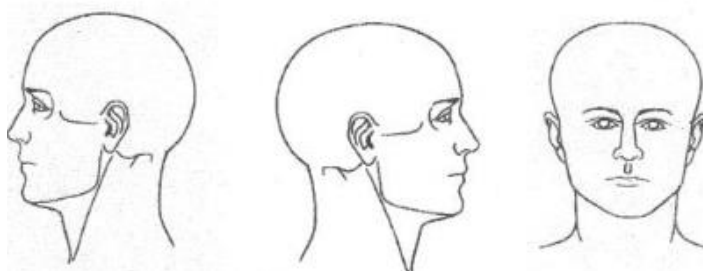
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Czy występują u Pana/Pani bóle głowy?

☐ Tak

☐ Nie

Jeśli Tak, proszę o zaznaczenie lokalizacji bólu na rycinach:



2. Proszę podać charakter bólu:

- ☐ szybko narastający,
- ☐ o dużym nasileniu,
- ☐ jednoznacznie zlokalizowany,
- ☐ kłujący,
- ☐ rozlany,
- ☐ tępy,
- ☐ jednostronny,
- ☐ piekący,
- ☐ z objawami towarzyszącymi (np. wymioty).

3. Rodzaj bólu:

- ☐ samoistny (bez uchwytnej przyczyny),
- ☐ poprzedzony zaburzeniami widzenia,
- ☐ jednoznacznie zlokalizowany,
- ☐ sprowokowany:
 - ☐ żuciem pokarmów,
 - ☐ mową,
 - ☐ ziewaniem,
 - ☐ połykaniem,
 - ☐ szerokim otwieraniem ust,
 - ☐ wybranymi pokarmami lub zapachami,
 - ☐ stresem, napięciem psychicznym.

4. Czas trwania bólu:

- ☐ Od kilku sekund do 2 minut
- ☐ Powyżej kilku minut

5. Proszę o zakreślenie nasilenia bólu na skali

Brak dolegliwości

Dolegliwości nie do zniesienia



6. Proszę określić od kiedy występują dolegliwości bólowe:

☐ poniżej 6 miesięcy

☐ ponad 6 miesięcy



7. Czy zauważył/a Pan/Pani występowanie u siebie dźwięków/zjawisk w stawie skroniowo-żuchwowym takich jak:
- | | |
|--|--|
| ☐ trzaski, | ☐ trzeszczenie, |
| ☐ przeskakowania, | ☐ tarcie? |
8. Jeśli tak, w którym stawie występowały te zjawiska?
- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| ☐ lewym | ☐ prawym |
|--------------------------------|---------------------------------|
9. Czy aktualnie odczuwa Pan/Pani dyskomfort związany ze stawem skroniowo-żuchwowym?
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Tak | ☐ Nie |
|------------------------------|------------------------------|
10. Czy może Pan/Pani stwierdzić nadwrażliwość zębów na wybrane pokarmy (np. słodkie, kwaśne, zimne)?
- | | |
|---|------------------------------|
| ☐ Tak,(jakie?) | ☐ Nie |
|---|------------------------------|
11. Czy stwierdza Pan/Pani krew w jamie ustnej przy myciu zębów?
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Tak | ☐ Nie |
|------------------------------|------------------------------|
12. Czy stwierdza Pan/Pani posmak krwi w jamie ustnej po przebudzeniu?
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Tak | ☐ Nie |
|------------------------------|------------------------------|
13. Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie takie objawy jak:
- a. sztywność lub zmęczenie mięśni głowy, szyi i karku?
- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| ☐ rano | ☐ wieczorem |
|-------------------------------|------------------------------------|
- b. sztywność lub zmęczenie mięśni głowy, szyi i karku podczas:
- | |
|---|
| ☐ szerokiego otwarcia ust, |
| ☐ ziewania, |
| ☐ żucia pokarmów? |
14. Czy w okresie ostatnich kilku tygodni stwierdził/a Pan/Pani mniejszy zakres otwarcia ust?
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Tak | ☐ Nie |
|------------------------------|------------------------------|
15. Czy ktoś kiedykolwiek zwrócił uwagę, że Pan/Pani zgrzyta zębami podczas snu?
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Tak | ☐ Nie |
|------------------------------|------------------------------|
16. Czy zaciska Pan/Pani zęby w ciągu dnia?
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Tak | ☐ Nie |
|------------------------------|------------------------------|
17. Czy budzi się Pan/Pani z zaciśniętymi zębami?
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Tak | ☐ Nie |
|------------------------------|------------------------------|
18. Czy był Pan/Pani kiedykolwiek leczony/leczona ortodontycznie?
- | | |
|---|------------------------------|
| ☐ Tak,(kiedy?) | ☐ Nie |
|---|------------------------------|
19. Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie wykonywanie takich czynności jak:
- | |
|---|
| ☐ nagryzanie błony śluzowej warg i policzków, |
| ☐ nadymanie, lub zasysanie policzków, |
| ☐ obgryzanie paznokci lub nagryzanie twardych przedmiotów, |
| ☐ częste, długotrwałe żucie gumy, |
| ☐ dotykanie językiem ostrych krawędzi zębów? |
20. Proszę ocenić jakość swojego snu na skali:

W ogóle się nie wysypiam

Czuje się zawsze wyspany/wyspana

0

10

21. Czy w trakcie codziennych czynności dba Pan/Pani o właściwą postawę ciała?
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Tak | ☐ Nie |
|------------------------------|------------------------------|
22. Czy korzysta Pan/Pani z odpowiednio dobranej poduszki do spania?
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Tak | ☐ Nie |
|------------------------------|------------------------------|
23. Czy kiedykolwiek korzystał/a Pan/Pani z zabiegów fizjoterapeutycznych w obrębie głowy, szyi i karku?
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Tak | ☐ Nie |
|------------------------------|------------------------------|



24. Czy występują u Pana/Pani którekolwiek z poniższych dolegliwości:

- | | |
|--|---|
| ☐ nadciśnienie, | ☐ epilepsja, |
| ☐ jaskra, | ☐ depresja, |
| ☐ przewlekłe zapalenie zatok, | ☐ choroby pasożytnicze, |
| ☐ migrena, | ☐ choroby psychiczne, |
| ☐ neuralgia, | ☐ dolegliwości żołądkowo-jelitowe, |
| ☐ zwyrodnienia stawów, | ☐ inne.....? |

25. Czy przyjmuje Pan/Pani doraźnie leki przeciwbólowe?

☐ Tak,(jakie?) ☐ Nie

26. Czy przyjmuje Pan/Pani przewlekłe leki przeciwbólowe?

☐ Tak,(jakie?) ☐ Nie

27. Czy w związku z występującymi dolegliwościami (pkt. 24) przyjmuje Pan/Pani przewlekłe jakiegokolwiek leki?

☐ Tak,(jakie?) ☐ Nie

.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

.....
(data, podpis pacjenta)