

Chestionar înainte de consultația pentru durere orofacială și ATM

Vă rugăm să completați chestionarul înainte de consultație și să îl aduceți cu dumneavoastră. Ne ajută să înțelegem durerea și să folosim cât mai bine timpul consultației. Bifați tot ce se potrivește; dacă nu știți răspunsul la o întrebare, o puteți lăsa necompletată. Informațiile sunt confidențiale.

1 Date personale

Nume și prenume _____

Data nașterii _____ Telefon _____

E-mail _____ Data completării _____

Cine v-a recomandat să veniți?

☐ Medicul stomatolog ☐ Medicul de familie ☐ Neurolog ☐ ORL ☐ Alt medic ☐ Din proprie inițiativă

2 Motivul consultației

Descrieți pe scurt problema principală, cu cuvintele dumneavoastră:

3 Unde vă doare? (bifați partea)

	Stânga	Dreapta
Articulația maxilarului (în fața urechii)	☐	☐
Obraz / mușchii de masticăție	☐	☐
Tâmplă	☐	☐
Ureche	☐	☐
Dinți / gingie	☐	☐
Limbă, buze, interiorul gurii	☐	☐
În jurul ochiului	☐	☐
Ceafă / gât	☐	☐
Toată fața sau capul	☐	☐

4 Debutul și evoluția

Când a început durerea? (aprox.) _____ Câte zile din ultima lună? _____

Cum a început?

☐ Brusc ☐ Treptat ☐ După un tratament sau o lucrare dentară ☐ După o extracție
☐ După un traumatism / accident ☐ Într-o perioadă stresantă ☐ Fără o cauză evidentă

Cât de des?

☐ Permanent ☐ Zilnic, cu pauze ☐ De câteva ori pe săptămână ☐ Rar, în episoade

Când este mai puternică?

☐ Dimineața, la trezire ☐ În cursul zilei ☐ Seara ☐ Mă trezește din somn ☐ Nu există un moment anume

5 Intensitatea durerii

Acum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 = deloc · 10 = cea mai mare
imaginabilă

În medie, în ultima lună

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cea mai puternică, în ultima lună

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6 Cum este durerea?

☐ Surdă, apăsătoare ☐ Pulsatilă ☐ Arsură ☐ Înțepătură, ca un șoc electric ☐ Tensiune, oboseală în mușchi
☐ Altfel: _____

7 Ce o declanșează sau o agravează? Ce o ameliorează?

O agravează:

- ☐ Mestecatul ☐ Deschiderea largă a gurii, căscatul ☐ Vorbitul ☐ Atingerea feței (spălat, bărbierit, machiaj)
☐ Frigul, curentul de aer ☐ Stresul ☐ Efortul fizic ☐ Altceva: _____

O ameliorează:

- ☐ Repausul ☐ Căldura ☐ Frigul ☐ Masajul ☐ Medicamentele ☐ Nimic

8 Maxilarul și articulația

- ☐ Zgomote în articulație (clic, pocnitură) ☐ Frecare, scârțâit ☐ Gura se blochează și nu se mai deschide larg
☐ Gura se blochează deschisă ☐ Deschiderea gurii e limitată sau dureroasă ☐ Mușcătura s-a schimbat recent

9 Obiceiuri (bruxism)

- ☐ Mi s-a spus că scrâșnesc din dinți în somn ☐ Mă trezesc cu fălcile obosite sau dureroase
☐ Strâng dinții în timpul zilei ☐ Ronțăii unghii, obraji, pixuri ☐ Mestec des gumă ☐ Am dinți tociți sau lucrări fisurate

10 Somnul

- ☐ Sforăi ☐ Mi s-au observat pauze în respirație în somn ☐ Sunt somnoros(ă) în timpul zilei
☐ Dorm prost sau mă trezesc obosit(ă) ☐ Am un diagnostic de apnee în somn

11 Dureri de cap și alte dureri

Dureri de cap: câte zile pe lună? _____ Diagnostic de migrenă? Da / Nu _____

- ☐ Dureri de gât, umeri ☐ Dureri de spate ☐ Dureri în multe locuri ale corpului ☐ Tinitus (țuit în urechi) ☐ Amețeli

12 Ce ați încercat până acum pentru această durere?

	A ajutat	Nu a ajutat
Gutieră	☐	☐
Exerciții, fizioterapie, masaj	☐	☐
Medicamente pentru durere	☐	☐
Injectări	☐	☐
Tratamente dentare (extracții, tratamente de canal, șlefuiți)	☐	☐
Altceva	☐	☐

Detalii (ce medicamente, când, cine a recomandat) _____

13 Sănătatea generală

- ☐ Boli de inimă / tensiune ☐ Diabet ☐ Tiroidă ☐ Boli neurologice ☐ Artrită, boli reumatologice ☐ Fibromialgie
☐ Depresie, anxietate ☐ Sarcină

Alte afecțiuni _____

Medicamente pe care le luați acum _____

Alergii _____

Operații sau traumatisme la cap, față, gât _____

14 Cât vă afectează durerea? (în ultima lună)

Mâncatul	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0 = deloc · 10 = complet
Somnul	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Munca, activitățile zilnice	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Starea de spirit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

15 Ce așteptați de la consultație?

Chestionarul nu înlocuiește consultația medicală. La consultație, medicul vă poate cere să completați și chestionare standardizate, folosite internațional pentru durerea orofacială și ATM.