

Algemeen :Naam : Geboortedatum : Werk : Hobby's : Sport Professioneel

(DC-TMD SQ-NL)

PIJN:

1. Heeft u ooit pijn gehad in uw kaak, slaapstreek, in het oor, of vóór het oor aan één of beide kanten? Nee Ja

Als u NEE heeft geantwoord, ga door met vraag 5.

2. Hoeveel jaar of maanden geleden kreeg u voor het eerst pijn in uw kaak, slaapstreek, in het oor, of vóór het oor? jaar maanden
3. Welke van de volgende omschrijvingen past het best bij de pijn in uw kaak, slaapstreek, in het oor of vóór het oor aan één of beide kanten, gedurende de afgelopen 30 dagen? Kies ÉÉN antwoord.

- Geen pijn
- De pijn komt en gaat
- De pijn is altijd aanwezig

Als u GEEN PIJN heeft geantwoord op Vraag 3, ga door met vraag 5.

4. Waren de volgende activiteiten, gedurende de afgelopen 30 dagen, van invloed op uw pijn (dat wil zeggen: het beter of erger gemaakt) in uw kaak, slaapstreek, in het oor of vóór het oor aan één of beide kanten?
- A. Kauwen van hard of taai voedsel Nee Ja
- B. Uw mond openen of uw onderkaak naar voren of opzij bewegen Nee Ja
- C. Mondgewoonten zoals uw tanden en kiezen op elkaar houden, klemmen of knarsen met uw tanden en kiezen, of kauwgom kauwen Nee Ja
- D. Andere mondactiviteiten zoals praten, zoenen of geeuwen Nee Ja



Hoofdpijn :

5. Heeft u gedurende de afgelopen 30 dagen hoofdpijn gehad waarbij de slaapstreken van uw hoofd betrokken waren? Nee Ja

Als u NEE heeft geantwoord op Vraag 5, ga door met Vraag 8.

6. Hoeveel jaar of maanden geleden kreeg u voor het eerst hoofdpijn in uw slaapstreek?
 jaar maanden

7. Waren de volgende activiteiten, gedurende de afgelopen 30 dagen, van invloed op uw hoofdpijn (dat wil zeggen: het beter of erger gemaakt) in uw slaapstreek aan één of beide kanten?

- A. Kauwen van hard of taai voedsel Nee Ja
- B. Uw mond openen of uw onderkaak naar voren of opzij bewegen Nee Ja
- C. Mondgewoonten zoals uw tanden en kiezen op elkaar houden, klemmen of knarsen met uw tanden en kiezen, of kauwgum kauwen Nee Ja
- D. Andere mondactiviteiten zoals praten, zoenen of geeuwen Nee Ja

Kaakgewrichtsgeluiden :

8. Waren er, gedurende de afgelopen 30 dagen, gewrichtsgeluiden bij het bewegen of gebruiken van uw onderkaak?

NEE JA RECHTS LINKS

Closed lock :

9. Heeft uw onderkaak ooit "op slot" of vastgezet, zelfs al was het maar heel even, waardoor uw mond niet VOLLEDIG open kon?

NEE JA RECHTS LINKS

Als u NEE heeft geantwoord op Vraag 9, ga door met Vraag 13.

10. Was het 'op slot' of vastzitten van de kaak zo erg dat u een beperkte mondopening had en minder goed kon eten?

NEE JA RECHTS LINKS

11. Heeft uw onderkaak gedurende de afgelopen 30 dagen "op slot" gezeten waardoor u uw mond niet VOLLEDIG kon openen, al was het maar heel even, om vervolgens los te komen zodat u wel VOLLEDIG kon openen?

NEE JA RECHTS LINKS



Als u NEE heeft geantwoord op Vraag 11, ga door met Vraag 13.

12. Zit uw onderkaak op dit moment “op slot” of is de beweging beperkt waardoor uw mond niet VOLLEDIG open kan?

NEE JA RECHTS LINKS

Open Lock:

13. Heeft uw onderkaak gedurende de afgelopen 30 dagen “op slot” of vastgezeten, al was het maar heel even, als u uw mond wijd opende, waardoor u uw mond niet kon sluiten vanuit deze wijd geopende positie?

NEE JA RECHTS LINKS

Als u NEE heeft geantwoord op Vraag 13 dan bent u klaar met deze lijst.

14. Gedurende de afgelopen 30 dagen, als uw onderkaak bij wijd geopende mond “op slot” of vast zat, moest u dan iets doen om de mond weer te kunnen sluiten, zoals rusten, bewegen, duwen of manoeuvreren?

NEE JA RECHTS LINKS

Medisch :

- 1) Medicatie (Welke)?

- 2) Heeft u in het verleden operaties gehad (Welke)?

- 3) Bent/was u in behandeling bij een specialist (Welke)?

- 4) Heeft u ooit een blessure gehad (Welke)?



5) Heeft u in het verleden een ongeluk gehad?

6) Heeft u ooit logopedie gevolgd?

7) Wat is jouw grootste klachten (op dit moment)? Uitleg.

Tandheeskundig :

1) Zijn er tanden getrokken?

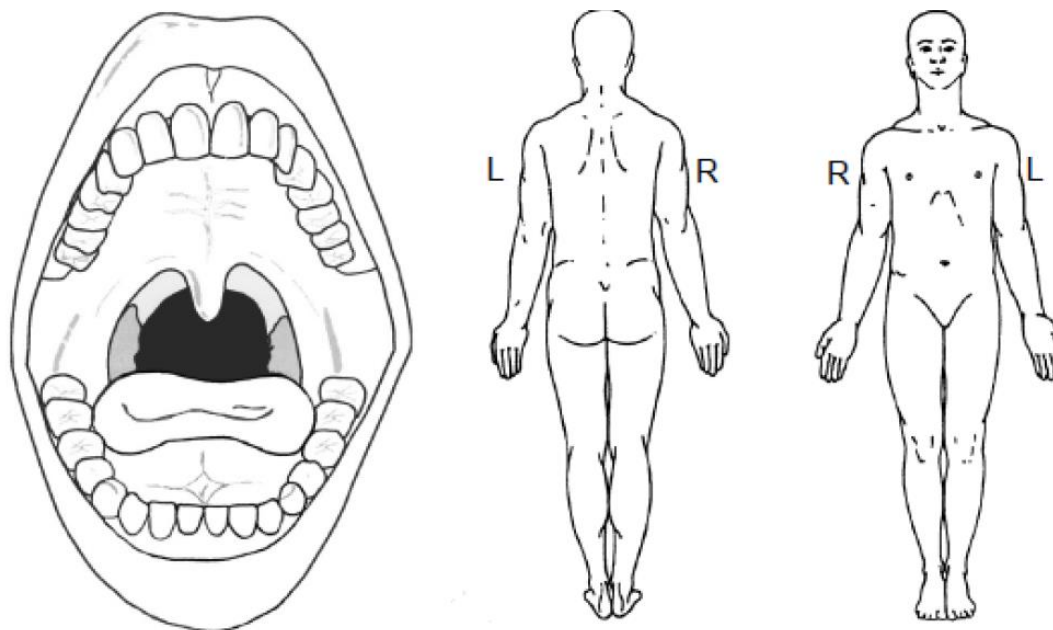
2) Heeft u ooit een beugel of blokjes gehad?

3) Bent u in behandeling of bent u ooit in behandeling geweest bij een parodontoloog?

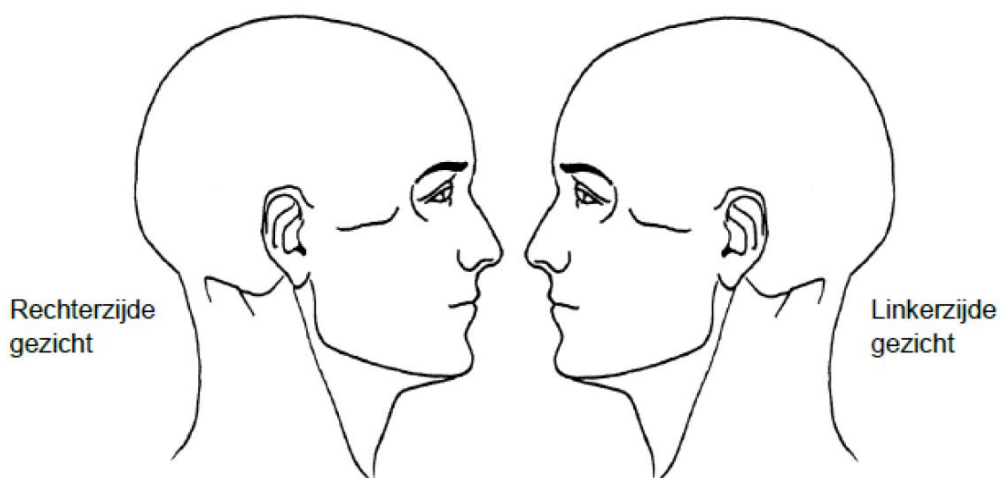


Pijntekening :

Geef de locaties aan van al uw verschillende pijnen, door het gebied te arceren. Gebruik daarbij de afbeeldingen die het meest van toepassing zijn. Indien de pijn zich op één duidelijk punt bevindt, geef dat dan aan met een dikke stip. Als uw pijn zich verplaatst van één locatie naar een andere gebruik dan pijlen om het traject te laten zien.



Mond en gebit



(G CPS 2.0 NL)

- 1) Hoeveel dagen heeft u, gedurende de afgelopen 6 maanden, pijn in uw gezicht gehad?

Dagen

- 2) Welk cijfer zou u geven aan de pijn in uw gezicht die u OP DIT MOMENT voelt? Geef een cijfer tussen 0 en 10, waarbij 0 “geen pijn” betekent en 10 “ergst mogelijke pijn”.

Geen pijn (0) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 De ergst mogelijke pijn (10)

- 3) Welk cijfer zou u geven aan de ERGSTE pijn in uw gezicht die u gedurende de AFGELOPEN 30 DAGEN heeft gevoeld? Geef een cijfer tussen 0 en 10, waarbij 0 “geen pijn” betekent en 10 “ergst mogelijke pijn”.

Geen pijn (0) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 De ergst mogelijke pijn (10)

- 4) Hoe beoordeelt u de GEMIDDELDE pijn in uw gezicht die u gedurende de AFGELOPEN 30 DAGEN ondervond? Gebruik dezelfde schaal, waarbij 0 “geen pijn” betekent en 10 “ergst mogelijke pijn”. [Dat wil zeggen, uw gebruikelijke pijn op de momenten dat u pijn ondervond.]

Geen pijn (0) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 De ergst mogelijke pijn (10)

- 5) Geef het aantal dagen aan waarop u gedurende de AFGELOPEN 30 DAGEN vanwege pijn in uw gezicht uw NORMALE ACTIVITEITEN (werk, school, huishoudelijk werk) niet heeft kunnen uitvoeren.

Dagen 1 2 3 4 5 6 7 8-20 21-25 26-30

- 6) In welke mate heeft de pijn in uw gezicht u gedurende de AFGELOPEN 30 DAGEN gehinderd bij uw DAGELIJKSE ACTIVITEITEN? Geef een cijfer tussen 0 en 10, waarbij 0 “geen hinder” betekent en 10 “niet in staat tot enigerlei activiteit”.

Geen hinder (0) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nt. In staat tot enige activiteit (10).

- 7) In welke mate heeft de pijn in uw gezicht u gedurende de AFGELOPEN 30 DAGEN gehinderd bij uw VRIJETIJD-, SOCIALE EN GEZINSACTIVITEITEN? Gebruik dezelfde schaal, waarbij 0 “geen hinder” betekent en 10 “niet in staat tot enigerlei activiteit”.

Geen hinder (0) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nt. In staat tot enige activiteit (10).

- 8) In welke mate heeft de pijn in uw gezicht u gedurende de AFGELOPEN 30 DAGEN gehinderd bij uw VERMOGEN OM TE WERKEN, inclusief huishoudelijk werk? Gebruik dezelfde schaal, waarbij 0 “geen hinder” betekent en 10 “niet in staat tot enigerlei activiteit”.

Geen hinder (0) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nt. In staat tot enige activiteit (10).

(J FLS – 20 NL)

Geef voor elk van onderstaande activiteiten de mate van beperking aan gedurende de afgelopen maand.

Als de activiteit volledig is vermeden omdat het te moeilijk was, omcirkel dan ‘10’. Als u een activiteit vermijdt om een andere reden dan pijn of moeite, vul dan niets in.

GEEF TELKENS EEN SCORE VAN 1 (Geen beperking) tot 10 (Ernstige beperking) UIT HET SCORE VAKJE



1) Tijdens het kauwen van taai voedsel

Uw score :

2) Gedurende het kauwen van hard brood

Uw score :

3) Terwijl het kauwen van kippenvlees (bijvoorbeeld bereid in de oven)

Uw score :

4) Tijdens het kauwen van crackers.

Uw score :

5) Terwijl kauwen van zacht voedsel (bijvoorbeeld macaroni, ingeblikt of zacht fruit, gekookte groenten, vis.

Uw score :

6) Eten van zacht voedsel dat niet gekauwd hoeft te worden (bijvoorbeeld aardappelpuree, appelmoes, pudding, gepureerd voedsel)

Uw score :

7) De mond ver genoeg openen om van een hele appel af te bijten

Uw score :

8) De mond ver genoeg openen om in een dubbele boterham te bijten

Uw score :

9) De mond ver genoeg openen om te praten

Uw score :

10) De mond ver genoeg openen om uit een kopje te drinken

Uw score :

11) Slikken

Uw score :

12) Geeuwen

Uw score :

13) Praten

Uw score :

14) Zingen

Uw score :



15) Een vrolijk gezicht opzetten

Uw score :

16) Een boos gezicht trekken

Uw score :

17) Fronsens

Uw score :

18) Zoenen

Uw score :

19) Glimlachen

Uw score :

20) Lachen

Uw score :

Gezondheidsvragenlijst (PAQ-4):

Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 weken last gehad van één of meer van de volgende problemen?
Plaats een kruisje in het hokje om uw antwoord aan te geven.

1) U nerveus, angstig of gespannen voelen:

helemaal niet verscheidene dagen Meer dan de helft van de dagen Bijna elke dag

2) Niet kunnen stoppen met u zorgen maken of dit niet kunnen beteugelen

helemaal niet verscheidene dagen Meer dan de helft van de dagen Bijna elke dag

3) Weinig interesse of plezier in activiteiten

helemaal niet verscheidene dagen Meer dan de helft van de dagen Bijna elke dag

4) Zich somber, depressief of hopeloos voelen

helemaal niet verscheidene dagen Meer dan de helft van de dagen Bijna elke dag

Als u enig probleem hebt aangekruist, hoe moeilijk maakten deze problemen het dan voor u om uw werk of uw taken in en om het huis te doen, of om met andere mensen om te gaan?

Helemaal niet moeilijk

Enigzins moeilijk

Erg moeilijk

Extreem moeilijk



Patiënten Gezondheidsvragenlijst (-15) : Lichamelijke Symptomen

Hoeveel last hebt u in de afgelopen 4 weken gehad van één of meer van de volgende problemen? Plaats een kruisje in het hokje om uw antwoord aan te geven.

1) Buikpijn

Geen last (0) Een beetje last (1) Veel last (2)

2) Rugpijn

Geen last (0) Een beetje last (1) Veel last (2)

3) Pijn in uw armen, benen, of gewrichten (knieën, heupen, enz.)

Geen last (0) Een beetje last (1) Veel last (2)

4) Menstratiepijn of andere problemen tijdens de menstruatie (alleen vrouwen)

Geen last (0) Een beetje last (1) Veel last (2)

5) Hoofdpijn

Geen last (0) Een beetje last (1) Veel last (2)

6) Pijn in de borstkas.

Geen last (0) Een beetje last (1) Veel last (2)

7) Duizeligheid

Geen last (0) Een beetje last (1) Veel last (2)

8) Flauwvallen

Geen last (0) Een beetje last (1) Veel last (2)

9) Uw hart voelen bonzen of snel kloppen

Geen last (0) Een beetje last (1) Veel last (2)

10) Kortademigheid

Geen last (0) Een beetje last (1) Veel last (2)

11) Pijn of problemen bij seksuele gemeenschap.

Geen last (0) Een beetje last (1) Veel last (2)

12) Verstopping (obstipatie), dunne ontlasting of diarree

Geen last (0) Een beetje last (1) Veel last (2)

13) Misselijkheid, opgeblazen gevoel of problemen met de spijsvertering (indigestie)

Geen last (0) Een beetje last (1) Veel last (2)



14) Zich moe voelen of gebrek aan energie hebben

Geen last (0) Een beetje last (1) Veel last (2)

15) Moeite met slapen

Geen last (0) Een beetje last (1) Veel last (2)

Vragenlijst orale activiteiten

Hoe vaak voert u ieder van de onderstaande activiteiten uit? Baseer uw antwoorden op de afgelopen maand. Als de frequentie van de activiteit varieert, kies dan de hoogste optie. Zet een vinkje (v) bij elk onderdeel en sla geen onderdelen over.

Activiteiten als u slaapt

1) Tandem of kiezen op elkaar klemmen of knarsen als u slaapt, gebaseerd op welke informatie dan ook.

Nooit <1 nacht/maand 1-3 nachten/maand 1-3 nachten/week 4-7 nachten/week

2) In een houding slapen waarbij druk wordt uitgeoefend op de kaak (bijvoorbeeld, op uw buik)

Nooit <1 nacht/maand 1-3 nachten/maand 1-3 nachten/week 4-7 nachten/week

Activiteiten als u wakker bent

1) Tandemknarsen als u wakker bent

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

2) Tandem of kiezen op elkaar klemmen als u wakker bent

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

3) Uw tandem of kiezen op elkaar duwen, elkaar laten raken, of op elkaar houden, terwijl u niet aan het eten bent (dus contact tussen boven- en ondergebit).

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

4) Uw kauwspieren aanspannen of strak houden zonder uw tandem of kiezen op elkaar te klemmen of De kaak naar voren of naar opzij houden of duwen

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

5) Uw tong hard tegen uw tandem of kiezen duwen

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

6) Uw tong tussen uw tandem of kiezen leggen.

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

7) Op uw tong, wangen of lippen bijten of kauwen, of ermee spelen.

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd



8) De kaak in een starre of gespannen positie houden, alsof u de kaak schrap zet of beschermt.

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

9) Voorwerpen zoals haar, pijp, potlood, pen, vingers, nagels, etc. tussen uw tanden of kiezen houden, of erop bijten

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

10) Kauwgom kauwen.

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

11) Op een muziekinstrument spelen waarbij uw mond of kaak betrokken zijn (bijvoorbeeld: houten of koperen blaasinstrumenten, strijkinstrumenten).

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

12) Met uw kaak of kin op uw hand leunen

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

13) Voedsel alleen aan één kant kauwen.

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

14) Eten tussen de maaltijden door (voedsel dat gekauwd moet worden).

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

15) Langdurig praten (bijvoorbeeld bij lesgeven, verkoop, of klantenservice).

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

16) Zingen.

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

17) Gapen.

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

18) De telefoon tussen hoofd en schouders houden.

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

Stop – Bang:

Snurken : Snurkt u luid (luid genoeg om door gesloten deuren gehoord te worden of om gepord te worden door de ellebogen van uw bedpartner omdat u 's nachts snurkt)?

JA Nee



Vermoeid : Voelt u zich overdag vaak vermoeid, niet uitgerust of slaperig (zoals in slaap vallen tijdens het rijden)? Waargenomen?

JA Nee

Heeft iemand waargenomen dat u tijdens uw slaap stopte met ademen of leek te stikken of naar adem hapte?

JA Nee

Bloeddruk? Hebt u hoge bloeddruk of wordt u daarvoor behandeld?

JA Nee

Lichaamsgewichtindex (Body Mass Index (BMI)) meer dan 35 kg/m² (gewicht in kg/(lengte in m)²)?

Gewicht van de patiënt : lengte van de patiënt :

Formule : gewicht / (lengte*lengte) = BMI

JA Nee

Bent u ouder dan 50 jaar?

JA Nee

Grote nekomtrek? (Gemeten ter hoogte van de adamsappel)

Voor mannen, is de kraag van uw hemd 43 cm of groter? (kraag maat :)

Voor vrouwen, is de kraag van uw hemd 41 cm of groter? (Kraag maat :)

JA Nee

NOOT : Gelieve dit document mee te nemen bij uw bezoek aan het MIB centrum)

Met vriendelijke groeten.

