

Dott. Massimiliano Di Giosia
Odontoiatra
Cert. Orofacial Pain (USA)
Diplomato, American Board of Orofacial Pain

QUESTIONARIO PER PAZIENTI CON DISORDINI DELL' ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE E
DOLORE OROFACCIALE

Data

NomeCognome.....

Indirizzo (Via, CAP, Città)

Telefono casa..... lavoro..... cell.

Età Data di nascita maschio femmina

Stato civile: singolo\ a.... sposato\ a divorziato\ a vedovo\ a

Numero di figli età

Ha una occupazione? Si () tempo pieno () tempo parziale ()

No ()

Chi l'ha inviata alla nostra attenzione?

Se un medico, fornire indirizzo e telefono

.....

1. qual è il problema principale per il quale è venuto/a da noi?

.....

2. quando è cominciato il problema? (data):.....

3. come è iniziato il problema?

chirurgia maxillo-facciale

trauma alla mandibola, testa, collo

incidente stradale

cure dentistiche

masticando

estrazione dentale

ortodonzia

situazione di stress

niente: il dolore è cominciato da solo

altro :

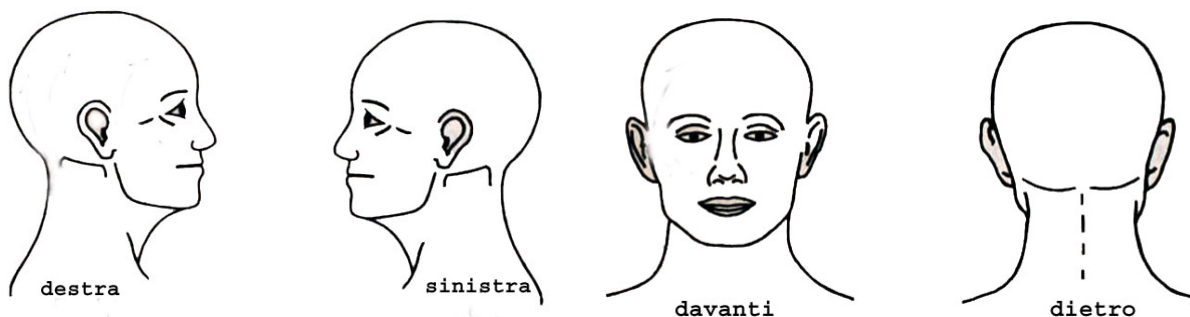
4. **qual è il livello medio del suo dolore?** (cerchiare il numero appropriato)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. **descriva come tipicamente viene percepito il dolore:**

- acuto
- bruciante\caldo
- trafittivo
- gravativo (pesante)
- esaustivo\affaticante
- contrattivo
- improvviso
- subdolo
- preoccupante

6. **segnare nel disegno sottostante, le aree in cui si percepisce il dolore.**



7. **quanto dura, di solito, il dolore?**

- meno di 1 minuto
- 1-10 minuti
- meno di 1 ora
- 1-5 ore
- 6-12 ore
- 13-24 ore
- alcuni giorni
- costante

8. **quale dei seguenti causa o aggrava il dolore?**

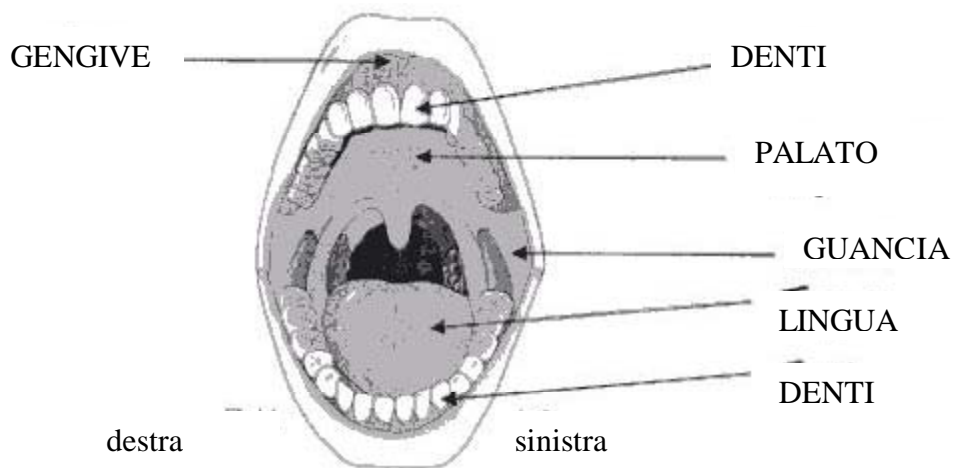
- masticare
- spalancare la bocca
- cibi o bevande calde\fredde
- parlare
- mancanza di sonno
- tempo brutto e piovoso
- sbadigliare
- strumenti musicali
- stress\ arrabbature
- ridere
- guidare per lunghi periodi
- stare seduti a lungo
- cantare
- mangiare certi cibi
- esercizio fisico
- altro

9. quali dei seguenti allevia il dolore?

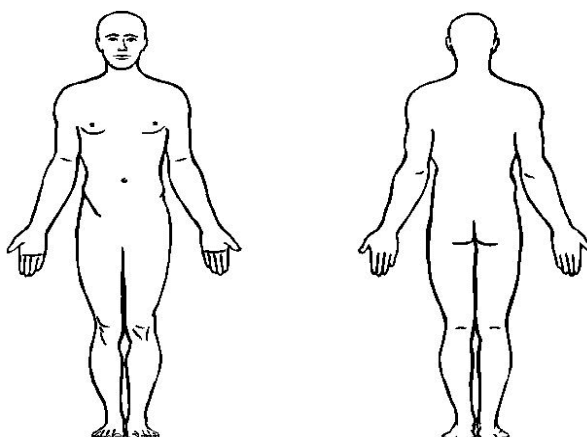
- esercizio fisico massaggi compressioni con caldo\umido
- caldo tenere la mandibola in certe posizioni compressioni freddo\ghiaccio
- dormire manipolare la mandibola farmaci per il dolore
- tempo rilassamento nessuna cosa
- altro

10. avete dolore a qualche dente o in certe zone della bocca?

- si no se si, indicare dove



10.a Avete dolore in altre zone del corpo? Se si indicare dove



11. segnare ognuna delle seguenti, se presente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dolore all'orecchio | <input type="checkbox"/> debolezza dei muscoli della masticazione |
| <input type="checkbox"/> dolore al collo | <input type="checkbox"/> fischi o ronzii nell'orecchio |
| <input type="checkbox"/> dolore alla schiena | <input type="checkbox"/> rigidità mattutina |
| <input type="checkbox"/> facile affaticabilità | <input type="checkbox"/> blocchi della mandibola |
| <input type="checkbox"/> dolori in tutto il corpo | <input type="checkbox"/> riduzione dell'apertura della bocca |
| <input type="checkbox"/> formicolii al viso | <input type="checkbox"/> formicolii della mano |

12. soffre di mal di testa?

- si no (andare alla domanda 13)

a. segnare l'intensità media del mal di testa

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

b. ha mal di testa almeno una volta alla settimana?

- si no

c. ha più di un tipo di mal di testa?

- si no

d. si alza al mattino con il mal di testa?

- si no

e. ha mal di testa più tardi nella giornata?

- si no

f. il mal di testa, la fa svegliare durante il sonno?

- si no

g. ha nausea o vomito associati con il mal di testa?

- si no

h. ha problemi di visione, associati con il mal di testa?

- si no

se si, di che tipo?

. cosa fa passare il mal di testa?

- riposo niente
 dormire esercizio fisico
 farmaci: quali

13. è mai stato coinvolto in un incidente o ha mai ricevuto colpi al viso, alla testa, alla schiena o al collo?

- si no
se si, quando?
Descriva le circostanze:
.....

14. è al corrente della presenza di rumori della mandibola?

- si no
se si, rispondere alle domande seguenti, altrimenti andare alla domanda 15
da quale parte? destra sinistra ambedue
descrivere la natura del rumore:
 click schiocco crepitio
 altro
- quando si accorge del rumore?
- appena si apre la bocca muovendo la bocca da una parte
 a metà apertura masticando
 alla fine dell'apertura alla chiusura della bocca
- i rumori sono sempre presenti?
- si no
- pensa che i rumori possano essere associati al dolore?
- si no

15. la mandibola è mai rimasta bloccata a bocca aperta?

sì la parte destra la parte sinistra

no tutte e due le parti

quando è accaduto la prima volta?

Se è accaduto, è riuscito\a a rimettere a posto la mandibola da solo\a?

sì no

16. la mandibola è mai rimasta bloccata a bocca chiusa o parzialmente chiusa?

sì la parte destra la parte sinistra

no tutte e due le parti

17. quante volte la mandibola è rimasta bloccata a bocca aperta o chiusa, nell'ultimo anno?.....

18. ha dolore quando la mandibola rimane bloccata?

sì no

19. mastica il chewing gum?

sì 0-25% della giornata 50-75% della giornata

no 25-50% della giornata 75-100% della giornata

20. ha notato qualche abitudine viziata o pratica che possa aggravare o causare il dolore?

serrare i denti digrignare i denti

mordersi le unghie mordersi le labbra o le guance

mordere penne suonare strumenti a fiato o violino

tenere il telefono con la spalla altro

21. segnare ognuna delle seguenti possibilità, se presenti:

mi sento sotto stress per la maggior parte del tempo

lo stress fa peggiorare il dolore

lavoro senza entusiasmo

il dolore non mi permette di eseguire le mie normali attività

- ci sono delle volte nelle quali mi sembra di non respirare a sufficienza
- ho freddo alle mani ed ai piedi e comunque sono difficili da scaldare
- mi sento depresso/a per la maggior parte del tempo
- sono stato/a in cura per motivi psicologici o di stress
- non dormo bene
- il dolore non mi fa dormire bene
- mi sveglio spesso durante la notte
- dormo ma mi alzo stanco\
- faccio spesso incubi o sogni molto presenti
- vado a letto stanco\, anche se la giornata non è stata stancante
- non mi sento riposato\ al mattino

22. fa una dieta sana e bilanciata?

- si no

23. segni il numero delle bevande che usualmente beve durante la giornata:

caffè:tazze al giorno	alcolici:.....lattine\bicchieri al giorno
tè:tazze al giorno	bibite:lattine\bicchieri al giorno
acqua:bicchieri al giorno	altro:
caffè decaffeinato:tazze al giorno	tè decaffeinato:tazze al giorno

24. quali specialisti avete consultato per il vostro problema?

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> nessuno | <input type="checkbox"/> reumatologo | <input type="checkbox"/> dentista generico |
| <input type="checkbox"/> otorino | <input type="checkbox"/> ortopedico | <input type="checkbox"/> chirurgo maxillo-facciale |
| <input type="checkbox"/> fisioterapista | <input type="checkbox"/> chiropratico | <input type="checkbox"/> osteopatia |
| <input type="checkbox"/> neurologo | <input type="checkbox"/> ortodontista | <input type="checkbox"/> medico internista |

25. scriva il nome degli eventuali specialisti consultati

.....

.....

.....
.....

- quali trattamenti ha fatto per il suo dolore?

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> iniezioni | <input type="checkbox"/> agopuntura | <input type="checkbox"/> massaggi |
| <input type="checkbox"/> blocchi del nervo | <input type="checkbox"/> ipnosi | <input type="checkbox"/> bite |
| <input type="checkbox"/> psicoterapia | <input type="checkbox"/> farmaci | <input type="checkbox"/> ultrasuoni |
| <input type="checkbox"/> caldo\freddo | <input type="checkbox"/> chiropratica | <input type="checkbox"/> TENS |
| <input type="checkbox"/> aggiustamento oclusale | <input type="checkbox"/> ortodonzia | <input type="checkbox"/> cura canalare |
| <input type="checkbox"/> ionoforesi | <input type="checkbox"/> ginnastica | <input type="checkbox"/> chirurgia ATM |

26. quali indagini sono state fatte?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> radiografie | <input type="checkbox"/> tomografie | <input type="checkbox"/> risonanza magnetica |
| <input type="checkbox"/> elettromiografia | <input type="checkbox"/> analisi del sangue | <input type="checkbox"/> analisi delle urine |

27. fuma? si no se si, quante sigarette al giorno?

28. ha consultato o pensa di farlo, un avvocato a proposito del suo problema?

- si no

chi è il suo medico?

indirizzo e numero di telefono

.....

ultimo appuntamento? data è in cura per

.....

le sono stati prescritti dei farmaci? Se si quali?

.....

QUESTIONARIO MEDICO

PER FAVORE, RISPONDETE FACENDO UN CERCHIETTO.

1. SIETE AL MOMENTO IN CURA DA UN MEDICO ? SI NO
2. STATE PRENDENDO MEDICINE O NE AVETE PRESE DI RECENTE (TRANQUILLANTI, ASPIRINA, CORTISONE) ? SI NO

QUALI ?

3. PER QUEL CHE NE SAPETE SOFFRITE O AVETE SOFFERTO DEI SEGUENTI PROBLEMI ?

MALATTIE DEI RENI	SI	NO	MALATTIE ALLA TIROIDE	SI	NO
MALATTIE DEL FEGATO	SI	NO	ANEMIA	SI	NO
EPATITE	SI	NO	MALATTIE DEL SANGUE	SI	NO
MALATTIE DEL CUORE	SI	NO	MALATTIE DELLA PELLE	SI	NO
SOFFIO AL CUORE	SI	NO	GONFIORE ALLE CAVIGLIE	SI	NO
PRESSIONE ALTA	SI	NO	MALATTIE VENEREE	SI	NO
PRESSIONE BASSA	SI	NO	CANCRO	SI	NO
FEBBRE REUMATICA	SI	NO	ENFISEMA	SI	NO
EMORRAGIE DAL NASO	SI	NO	GLAUCOMA	SI	NO
MAL DI TESTA	SI	NO	PROSTATA	SI	NO
EPILESSIA	SI	NO	TERAPIA CON RADIAZIONI	SI	NO
SVENIMENTI	SI	NO			

ALTRE.....

GASTRITE O ULCERA	SI	NO			
ANSIA	SI	NO	SIETE ALLERGICI A:		
MALATTIE PSICHIATRICHE	SI	NO	ANESTESIA DENTALE	SI	NO
TUBERCOLOSI	SI	NO	PENICILLINA	SI	NO
ASMA	SI	NO	ALTRI ANTIBIOTICI	SI	NO
DIABETE	SI	NO	ASPIRINA	SI	NO
PARENTI CON DIABETE	SI	NO	CALMANTI	SI	NO

QUALI ? ALTRO

OSTEOPOROSI SI NO

PER FAVORE MI INFORMI SE DURANTE IL PERIODO DI CURA O IN SEGUITO IL SUO STATO DI SALUTE DOVESSE CAMBIARE.

FIRMA.....

DATA