

# Frågeformulär (kort DC/TMD)

Personnummer

Namn

## Symtombeskrivning

### Huvudsakliga besvär

1 Vilka är dina huvudsakliga besvär?

- [SQ1] Smärta i käken, tinningen, örat eller framför örat  (A)  
Käkledsljud eller upphakningar  (B)

### Smärta i ansikte, käkar eller tinningen

2 Vilket alternativ beskriver bäst dina eventuella smärtor i käken, tinningen, örat eller framför örat på någon sida under den senaste månaden?

- Välj ETT alternativ  Ingen smärta  
Vid svar "Ingen smärta", gå till fråga 5.  Smärtan kommer och går  
 Smärtan finns hela tiden

3 Har någon av följande aktiviteter påverkat (lindrat eller förvärrat) din smärta från käken, tinningen, örat eller framför örat under den senaste månaden? [SQ3]

- |   | Ja                       | Nej                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Tugga hård eller seg mat  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gapa eller röra käken framåt eller åt sidorna                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vanor som att bita samman, pressa/gnissla tänder eller tugga tuggummi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andra aktiviteter som att tala, kyssa eller gäspa                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4 När började detta smärtproblem?

år \_\_\_\_\_

### Huvudvärk

5 Har du haft huvudvärk i tinningen under den senaste månaden? [SQ5]  
Vid svar "Nej", gå till fråga 7

Ja Nej

6 Har någon av följande aktiviteter påverkat (lindrat eller förvärrat) huvudvärken i tinningregionen under den senaste månaden? [SQ6]

- |   | Ja                       | Nej                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Tugga hård eller seg mat  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gapa eller röra käken framåt eller åt sidorna                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vanor som att bita samman, pressa/gnissla tänder eller tugga tuggummi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andra aktiviteter som att tala, kyssa eller gäspa                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Käkledsljud

7 Har du upplevt något ljud från käkleden när du har rört käken under den senaste månaden?  
[SQ7]

Ja Nej Hö Vä

### Käklåsning

8 Har din käke någonsin låst eller hakat upp sig för ett ögonblick så att den inte gick att öppna fullständigt? [SQ8]  
Vid svar "Nej": gå till nästa frågeformulär

9 Var låsningen eller upphakningen så allvarlig att den begränsade din förmåga att gapa och störde din förmåga att äta? [SQ9]

## Smärta och dess konsekvenser (GCPS)

1. Hur graderar du smärtan i ansikte, käke eller mun **just nu** på en skala från 0 till 10, där 0 är "ingen smärta" och 10 är "värsta tänkbara smärta"?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Hur intensiv var smärtan som **värst** under de senaste 30 dagarna? Använd samma skala där 0 är "ingen smärta" och 10 är "värsta tänkbara smärta".

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Hur intensiv var smärtan **i genomsnitt** under de senaste 30 dagarna? (Det vill säga din vanliga smärta). Använd samma skala där 0 är "ingen smärta" och 10 är "värsta tänkbara smärta".

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Ungefär hur många dagar under de senaste 30 dagarna har du låtit bli dina **vanliga aktiviteter** (arbete, skola, hushållsarbete) på grund av smärta i ansikte, käkar eller mun?

5. Hur mycket har smärta i ansikte, käkar eller mun begränsat dig under de senaste 30 dagarna i dina **dagliga aktiviteter**? Använd en skala från 0 till 10, där 0 är "ingen begränsning" och 10 är "oförmögen att utföra några aktiviteter alls".

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Hur mycket har smärta i ansikte, käkar eller mun begränsat dig under de senaste 30 dagarna i **fritids-, familje- och sociala aktiviteter**? Använd en skala från 0 till 10, där 0 är "ingen begränsning" och 10 är "oförmögen att utföra några aktiviteter alls".

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Hur mycket har smärta i ansikte, käkar eller mun begränsat din **förmåga att arbeta** (inklusive hushållsarbete) under de senaste 30 dagarna? Använd en skala från 0 till 10, där 0 är "ingen begränsning" och 10 är "oförmögen att utföra några aktiviteter alls".

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## Sinnesstämning och oro (PHQ-4)

Under de senaste två veckorna, hur ofta har du besvärats av något av följande problem? Läs varje påstående noggrant och kryssa därefter i rutan.

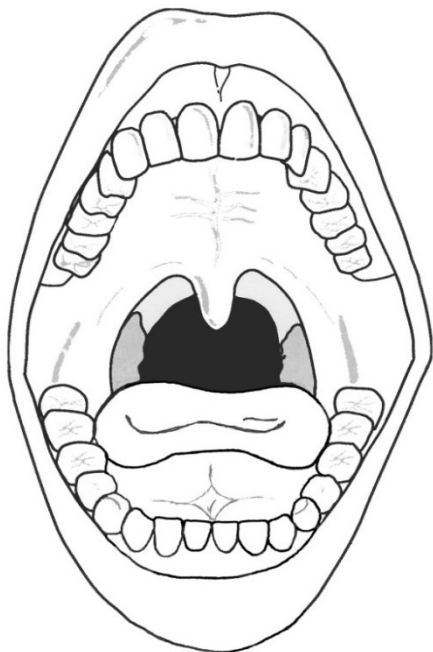
	Inte alls	Flera dagar	Mer än varannan dag	Nästan varje dag
	0	1	2	3
1. Lite intresse eller glädje av att göra saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Känner dig nedstämd, deprimerad eller utan hopp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kämt dig nervös, ängslig eller väldigt stressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Inte kunnat sluta oroa dig eller kontrollera din oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summa	0	+	+	+
			Totalt	_____

Om du kryssat i att du haft något av dessa problem, hur stora svårigheter har dessa problem förorsakat dig på arbetet, eller för att ta hand om sysslor hemma, eller komma överens med andra människor?

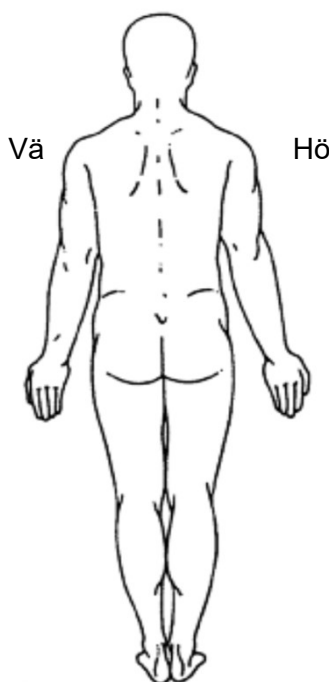
Inga svårigheter alls	Vissa svårigheter	Stora svårigheter	Extrema svårigheter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Smärtlokalisering och -utbredning

Ange var du upplever alla typer av smärtor genom att skugga dessa områden på de figurer som visar detta bäst. Om smärtan finns på ett exakt ställe så ange det med en tydlig punkt (•). Om smärtan flyttar sig från ett ställe till ett annat visa med pilar hur den flyttar sig.



Mun och tänder



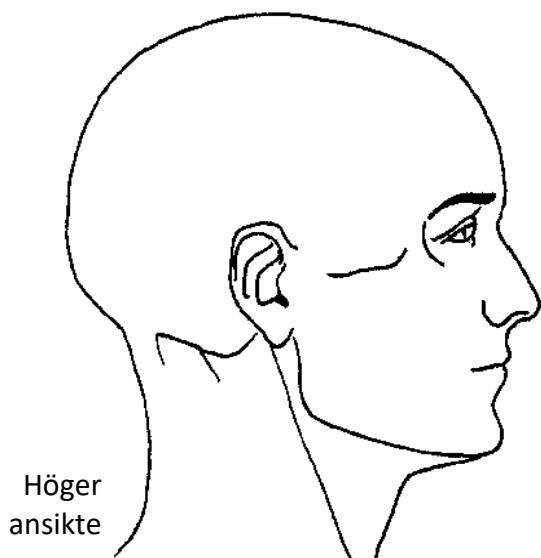
Vä

Hö

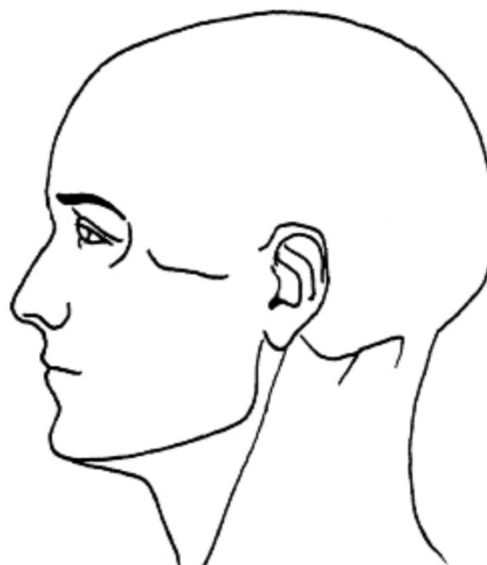


Hö

Vä



Höger  
ansikte



Vänster  
ansikte