

Personnummer

Namn

Symtombeskrivning

Huvudsakliga besvär

1 Vilka är dina huvudsakliga besvär?

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?

Ingen smärta

Välj ETT alternativ

Smärtan kommer och går

Vid svar "Ingen smärta", gå till fråga 5.

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?

Ja Nej

Tugga hård eller seg mat

Gapa eller röra käken framåt eller åt sidorna

Vanor som att bita samman, pressa/gnissla tänder eller tugga tuggummi

Andra aktiviteter som att tala, kyssa eller gäspa

4 När började detta smärtproblem?

år _____

Huvudvärk

Ja Nej

5 Har du haft huvudvärk i tinningen under den senaste månaden?

Vid svar "Nej", gå till fråga 7

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

Ja Nej

Tugga hård eller seg mat

Gapa eller röra käken framåt eller åt sidorna

Vanor som att bita samman, pressa/gnissla tänder eller tugga tuggummi

Andra aktiviteter som att tala, kyssa eller gäspa

Käkledsljud

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

Ja **Nej** **Hö** **Vä**

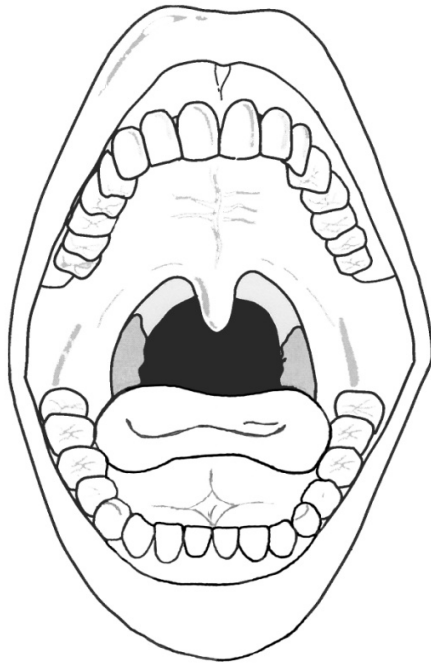
Käklåsning

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

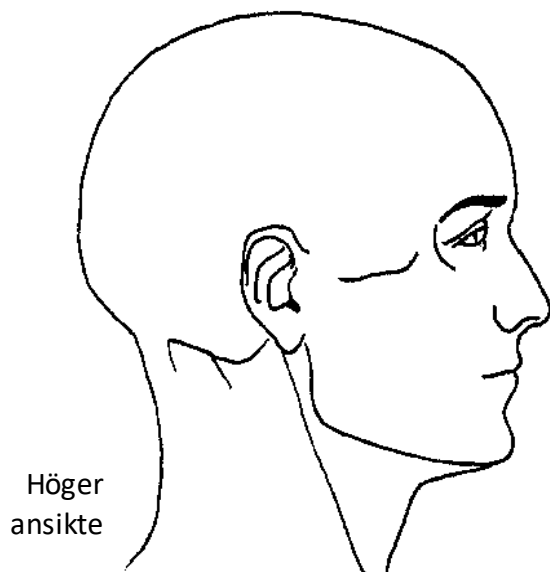
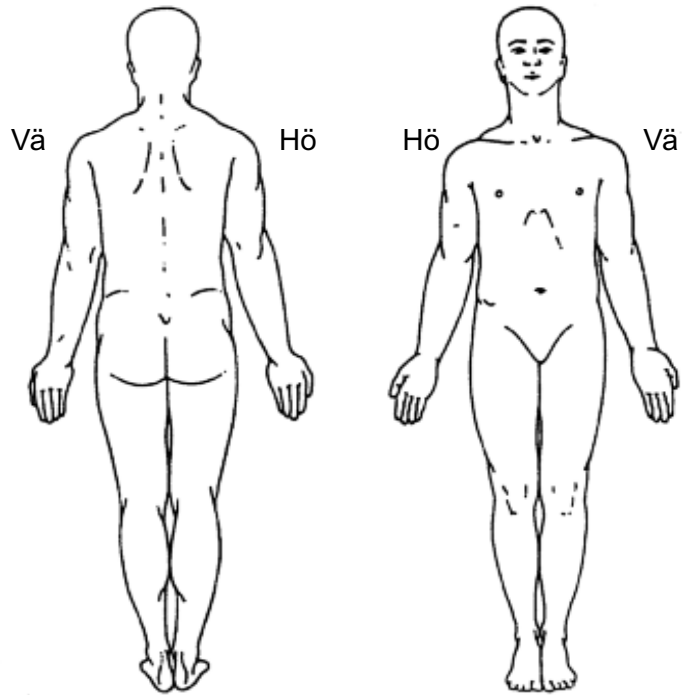
9 Var låsningen eller upphakningen så allvarlig att den begränsade din förmåga att gapa och störde din förmåga att äta?

Smärtlokalisering och -utbredning

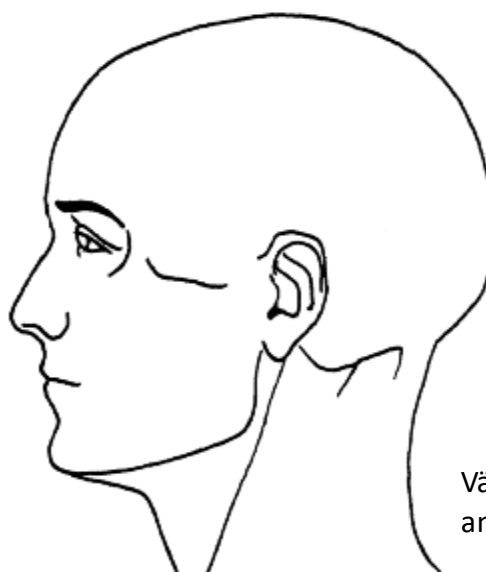
Om du fyller i blanketten digitalt: Använd funktionerna "färgmarkering" och "rita" för att besvara frågan. Ange var du upplever alla typer av smärtor genom att skugga dessa områden på de figurer som visar detta bäst. Om smärtan finns på ett exakt ställe så ange det med en tydlig punkt (•). Om smärtan flyttar sig från ett ställe till ett annat visa med pilar hur den flyttar sig.



Mun och tänder



Höger
ansikte



Vänster
ansikte

Smärta och dess konsekvenser

Hoppa över frågorna om du inte haft någon smärta under de senaste tre månaderna

1. Hur ofta har du haft smärta under de senaste tre månaderna?

Aldrig Vissa dagar De flesta dagar Alla dagar

2. Under de senaste tre månaderna, hur ofta begränsade smärtan ditt liv eller arbetsförmåga?

Aldrig Vissa dagar De flesta dagar Alla dagar

Tänk nu på smärtan du haft under de senaste sju dagarna...

3. Vilken siffra beskriver bäst **din smärta i genomsnitt?** (Ringa in siffran, använd verktyget rita)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen smärta										Värsta tänkbara smärta

4. Vilken siffra motsvarar bäst hur **smärtan har begränsat dina möjligheter att uppskatta livet** under de senaste sju dagarna? (Ringa in siffran)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen begränsning										Begränsar helt och hållet

5. Vilken siffra motsvarar bäst hur **smärtan begränsat dina allmänna aktiviteter** under de senaste sju dagarna? (Ringa in siffran)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen begränsning										Begränsar helt och hållet

Sinnesstämning och oro

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. Känt 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"/>