

QUESTIONÁRIO AO PACIENTE PORTADOR DE DTM

- Você já teve dor na face, nos maxilares, têmporas, na frente do ouvido, ou no ouvido, no mês passada? () SIM () NÃO
- Alguma vez teve travamento na articulação (atm) de forma que não foi possível abrir totalmente a boca? () SIM () NÃO
- *Se SIM: a- O travamento foi com a boca () aberta () fechada; b- Esta limitação de abertura de boca foi severa a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar? () SIM () NÃO
- Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca? () SIM () NÃO *Se SIM: quando você mastiga, abre ou fecha a boca, você ouve barulho na frente do ouvido, como se fosse osso contra osso? () SIM () NÃO
- Você já percebeu ou alguém falou que você range ou aperta os dentes quando está dormindo? () SIM () NÃO
- Durante o dia, você range ou aperta os dentes? () SIM () NÃO
- Você sente a sua boca/ mandíbula cansada ou dolorida quando acorda de manhã? () SIM () NÃO
- Você ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos? () SIM () NÃO
- *Se SIM: foi avaliado por médico otorrinolaringologista? () SIM () NÃO
- Quando seus dentes se encostam ou encaixam, você sente que é desconfortável ou diferente? () SIM () NÃO
- Você tem artrite reumatóide, lúpus ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações do seu corpo? () SIM () NÃO
- *Se SIM: sabe se mais alguém na sua família (avós, pais, irmãos, etc...) teve? () SIM () NÃO
- Você já teve, ou tem, alguma articulação que fica dolorida ou incha sem ser a articulação perto do ouvido (atm)? () SIM () NÃO
- *Se SIM: a dor ou inchaço que você sente nessa articulação apareceu várias vezes nos últimos 12 meses? () SIM () NÃO
- Você teve recentemente alguma pancada ou trauma na face ou na mandíbula ou no queixo? () SIM () NÃO
- A sua dor na face (em locais como a região das bochechas/ maxilares, nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido) já existia antes da pancada ou trauma? () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA
- Durante os últimos 6 meses você teve cefaléia ou enxaqueca? () SIM () NÃO
- *Se SIM: foi avaliado por médico neurologista? () SIM () NÃO
- Hábitos:** () Fumo () Onicofagia () Morder língua/ bochecha/ lábios () Mascar chicletes () Mastigar gelo/ bala dura () Morder caneta/ outro objeto () Língua entre dentes quando em repouso/ concentrado () Apoiar mão em mento () Apoiar mão em face () Uso contínuo de celular () Uso contínuo de computador () Outros _____
- Respiração:** () Nasal () Bucal () Mista () Apical () Diafragmática
- Postura ao dormir:** () Decúbito dorsal () Decúbito dorsal com braço/travesseiro alto apoiando a cabeça () Decúbito lateral () Decúbito lateral com mão/ braço apoiando a face () Decúbito ventral
- Sono:** () Reparador () Não reparador () Sonolência diurna excessiva () Dificuldade em iniciar ou manter o sono () Insônia () Sono leve () Acorda durante o sono () Fala dormindo () Sonhos vívidos/ pesadelos () Pernas inquietas () Ronco () Apnéia () Range os dentes () Outros _____
- a- **Dorme em média quantas horas/ noite?** _____. **Dorme às** ____ **E acorda às** _____
Aos fins de semana/ folgas? _____
- b- **Faz uso de medicação? Qual?** _____
- c- **Faz uso de placa de mordida?** _____
- d- **Faz uso de aparelho para ronco? CPAP?** _____
- e- **Outras anotações importantes:** _____
- Comportamental: (Assinalar) Nas últimas 4 semanas como tem se sentido?** () Tranquilo () Calmo () Ativo () Alegre () Contente () Animado () Ansioso () Triste () Deprimido () Está sob estresse () Angustiado () Preocupado () Desanimado () Irritado () Cansado () Falta de energia () Solitário () Alteração no sono () Dificuldade para dormir () Vontade de ficar só dormindo () Fadiga () Dolorido () Fraqueza () Alteração de peso () Comendo demais () Perda de apetite () Falta de concentração () Alteração em memória () Perda de interesse em atividades que antes eram prazerosas () Pensamentos perturbadores () Sensação de peso no corpo ou parte dele
- Os itens assinalados acima prejudicam o seu bem estar e o seu dia a dia?** _____
- Teve alguma mudança de vida recente? (por ex.: emprego, familiar, pessoal,..)** _____
- O que você acha que é a causa do seu problema?** _____
- Procurou ajuda profissional?** _____
- Atividade Física: Pratica alguma atividade física?** _____
- Lazer: O que faz em seu tempo livre / de lazer?** _____