

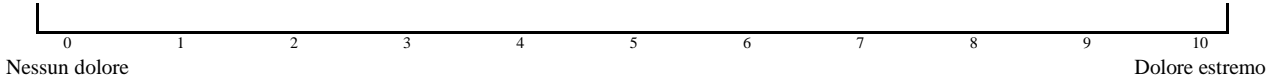
QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Nome e Cognome _____ Luogo e data di nascita _____

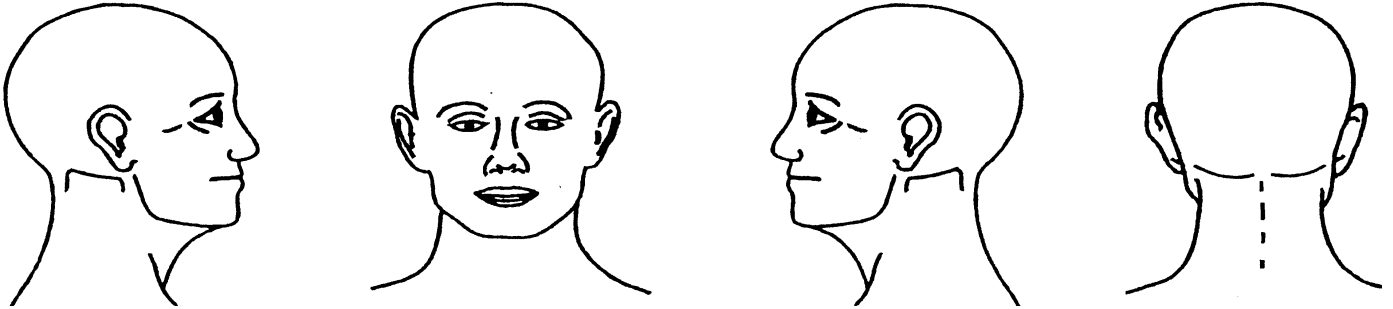
1 Quale è il problema principale per cui chiedete di essere visitati? _____

2 Quando è iniziato il problema? _____
(data: mese & anno)

3 Quanto è forte il vostro dolore? (cerchiate il numero)



4 Segnate sul disegno sottostante le aree del capo dove provate dolore:



5 Quali delle seguenti cause provocano o peggiorano il dolore?

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Masticare | <input type="checkbox"/> Aprire la bocca grande | <input type="checkbox"/> Cibi/bevande calde o fredde |
| <input type="checkbox"/> Parlare | <input type="checkbox"/> Mancanza di sonno | <input type="checkbox"/> Condizioni meteo fredde o umide |
| <input type="checkbox"/> Sbadigliare | <input type="checkbox"/> Suonare uno strumento musicale | <input type="checkbox"/> Stress emotivo |
| <input type="checkbox"/> Ridere | <input type="checkbox"/> Guidare la macchina per lungo tempo | <input type="checkbox"/> Restare seduti per lungo tempo |
| <input type="checkbox"/> Cantare | <input type="checkbox"/> Mangiare certi cibi | <input type="checkbox"/> Esercizio fisico |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | | |

6 Quali dei seguenti eventi alleviano il dolore?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Esercizio fisico | <input type="checkbox"/> Massaggio dell'area | <input type="checkbox"/> Impacchi caldi |
| <input type="checkbox"/> Calore | <input type="checkbox"/> Tenere la mandibola in una certa posizione | <input type="checkbox"/> Impacchi freddi/ghiaccio |
| <input type="checkbox"/> Sonno | <input type="checkbox"/> Muovere/manipolare la mandibola | <input type="checkbox"/> Antidolorifici |
| <input type="checkbox"/> Tempo | <input type="checkbox"/> Rilassarsi | <input type="checkbox"/> Non funziona niente |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | | |

7 Si trova attualmente in una particolare situazione di stress (lavoro, famiglia, ecc.)?

- Sì No

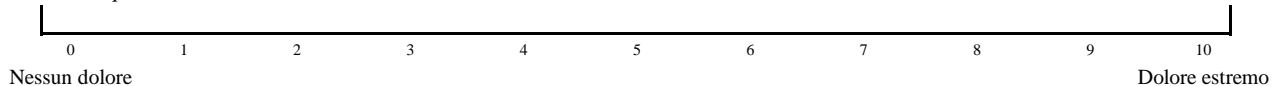
8 Segnalate se accusate qualcuno di questi sintomi:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mi si addormenta parte del viso | <input type="checkbox"/> Debolezza dei muscoli delle mascelle |
| <input type="checkbox"/> Mal d'orecchio | <input type="checkbox"/> Fischio nelle orecchie |
| <input type="checkbox"/> Orecchio chiuso | <input type="checkbox"/> Vertigini |
| <input type="checkbox"/> Dolore cervicale | <input type="checkbox"/> Dolore sulla nuca |
| <input type="checkbox"/> Mal di schiena | <input type="checkbox"/> Irrigidimento muscolare mattutino |
| <input type="checkbox"/> Affaticamento | <input type="checkbox"/> La mandibola non apre bene |
| <input type="checkbox"/> Dolori in tutto il corpo | <input type="checkbox"/> Non riesco ad aprire la bocca grande |
| | <input type="checkbox"/> Mi si addormentano le mani o le dita |

9 Soffrite di mal di testa?

- Sì No (se no, saltate alla domanda n.10)

a) Mediamente, quanto sono dolorosi i vostri mal di testa?



b) Avete almeno 1 mal di testa per settimana?

- Sì No

c) Avete diversi tipi di mal di testa?

- Sì No

d) Vi svegliate al mattino con il mal di testa?

 Sì No

e) Vi svegliate durante la notte per il mal di testa?

 Sì No

f) Quando avete mal di testa accusate anche nausea o vomito?

 Sì No

g) Quando avete mal di testa accusate anche disturbi della vista?

 Sì No

Se sì, di che tipo? _____

h) Cosa vi fa passare il mal di testa?

 Riposo Niente Sonno Esercizio fisico Farmaci; indicare quali _____

10 Ha mai ricevuto un urto alla testa, al collo o alle mascelle?

 Sì No

Se sì, quando _____

Descriva le circostanze _____

11 L'articolazione della vostra mandibola, a volte, produce rumori?

 Sì No

(se no, saltate alla domanda n.12)

a) Su quale lato?

 Destra Sinistra Entrambi i lati

b) Provate a descrivere il rumore

 Schiocco Grattare Scoppio Scatto Altro _____

c) Il rumore è sempre presente?

 Sì No

12 Le è mai rimasta la bocca aperta?

 Sì No

Se sì, è riuscito a richiudere la bocca da solo?

 Sì No

13 Hai mai sentito di non riuscire ad aprire la bocca quanto vorrebbe?

 Sì No

14 Vi succede, chiudendo la mandibola, di cercare un migliore appoggio per i vostri denti?

 Sì No

15 Ci sono state alterazioni recenti nel vostro modo di chiudere i denti?

 Sì No

16 Fate uso di chewing gum?

 Sì No

17 Avete notato di avere qualcuno delle seguenti abitudini?

 Stringere i denti Digriagnare i denti Masticare matite, tappi di penne Mangiarsi le unghie Masticare ghiaccio Masticarsi le guance, le labbra, la lingua Tenere il telefono tra l'orecchio e la spalla Suonare strumenti a fiato o il violino

18 Segnate le frasi che più si addicono alla vostra condizione:

 Sento di essere stressato la maggior parte del tempo Non dormo bene Lo stress accentua il mio dolore Il dolore non mi fa dormire bene Non mi piace il mio lavoro Mi sveglio spesso la notte Il dolore mi impedisce di compiere le mie normali attività Mi agito nel sonno Ci sono momenti in cui mi manca l'aria Faccio spesso incubi Ho spesso le mani ed i piedi freddi Vado a letto più stanco di quanto dovrei essere Mi sento spesso depresso Non mi sento riposato al risveglio Mi gira la testa Sono stato in terapia psichiatrica o psicologica

19 Ha mai ricevuto qualche trattamento per i suoi problemi all'articolazione o per dolori ai muscoli facciali?

 Sì No