

Bettfysiologi – hälsoanamnes vuxna

Personnummer: _____

Namn: _____

Datum: _____

Välkommen till vår avdelning!

För att vi på bästa sätt ska kunna omhänderta och behandla dig är det nödvändigt att få en god uppfattning om vilka symtom du besväras av. Genom att noggrant markera i svarsalternativet i detta frågeformulär underlättar du vår utredning. Vi är medvetna om att vi tar din tid i anspråk när vi ber dig besvara frågorna men för oss är det viktig information du ger. Om du inte vill besvara någon eller några frågor kan du hoppa över denna/dessa.

Vi tackar på förhand för din medverkan.

Helene Abrahamsson
Övertandläkare
Bettfysiologi

Specialisttandvården
Hallands sjukhus
301 85 Halmstad
035-13 40 00

Allmänna frågor

Var är du född?

- ☐ Sverige
- ☐ Norden
- ☐ Annat land

Vilket? _____

Om du är född i ett annat land än Sverige, hur gammal var du när du flyttade till Sverige?

Dina föräldrars födelseland

Mor _____

Far _____

Vilken är den högsta utbildning som du har slutfört?

- ☐ Grundskola
- ☐ Gymnasium
- ☐ Kvalificerad yrkesutbildning
- ☐ Folkhögskola
- ☐ Universitet/högskola

Annan utbildning _____

Vilken är din sysselsättning för närvarande (ange även %, totalt 100%)

- | | % |
|---|-------|
| ☐ Förvärvsarbete | _____ |
| ☐ Studerande | _____ |
| ☐ Hemmafru/hemmaman | _____ |
| ☐ Arbetslös | _____ |
| ☐ Förtids-/sjukpensionär | _____ |
| ☐ Sjukskriven | _____ |
| ☐ Ålderspensionär | _____ |
| ☐ Föräldraledig | _____ |

Vilket är ditt nuvarande civilstånd?

- ☐ Gift
- ☐ Sammanboende
- ☐ Frånskild
- ☐ Separerad
- ☐ Änka/änkling
- ☐ Ogift
- ☐ Annat (t.ex. särbo, bor hos föräldrar)

Bor det barn yngre än 18 år hos dig

- ☐ Nej
- ☐ Ja (minst 1/3 av tiden)

Bor det barn äldre än 18 år hos dig?

- ☐ Nej

☐ Ja (minst 1/3 av tiden)

Hälsoanamnes

Vi vill ge dig en trygg och säker behandling. Därför är nedanstående uppgifter väsentliga och vi är mycket tacksamma om du svarar på samtliga frågor.

Har du eller har du haft	Ja	Nej		Ja	Nej
Hjärt-/kärlsjukdom, högt blodtryck	☐	☐	Diabetes	☐	☐
Blåsljud/medfött hjärtfel	☐	☐	Struma	☐	☐
Hjärtklaffsproblem	☐	☐	Tumörsjukdom	☐	☐
Slaganfall/stroke	☐	☐	Mag-/tarmsjukdom	☐	☐
Blod/blödningssjukdom	☐	☐	Njursjukdom	☐	☐
Astma/allergi	☐	☐	Neurologisk sjukdom	☐	☐
Blodsmitta (HIV, hepatit)	☐	☐	Epilepsi	☐	☐
Leversjukdom	☐	☐	Psykisk sjukdom	☐	☐
Reumatisk sjukdom	☐	☐	Annan sjukdom	☐	☐

Om du använder läkemedel, ange då vilka (inklusive receptfria medel): _____

	Ja	Nej
Gör det ont i tinning, ansikte, käke eller käkled, en gång i veckan eller oftare?	☐	☐
Gör det ont när du gapar eller tuggar, en gång i veckan eller oftare?	☐	☐
Har du låsningar eller upphakningar i käken, en gång i veckan eller oftare?	☐	☐
Är du för närvarande fullt frisk?	☐	☐
Går du för närvarande på behandling/kontroll hos läkare?	☐	☐
Är du gravid?	☐	☐
Har du inopererade höftleder eller andra implantat/transplantat?	☐	☐
Tar du blodförtunnande medel?	☐	☐
Blöder du mycket vid småsår eller efter tandutdragning?	☐	☐
Är du överkänslig mot penicillin eller annan antibiotika?	☐	☐
Har du reagerar onormalt mot bedövning?	☐	☐
Har du genomgått strålbehandling mot huvud eller hals?	☐	☐
Röker du? Om ja, hur mycket? _____	☐	☐
Snusar du?	☐	☐
Är du tandvårdsrädd?	☐	☐

Smärta och funktionsstörning i käkar (PHS)

Smärta

1. Har du någonsin haft smärta i käke, tinning, i örat eller framför örat på någon sida? ☐ Ja ☐ Nej
2. För hur många år eller månader sedan debuterade dina smärtor i käke, tinning, i örat eller framför örat för första gången? år mån
3. Under de senaste 30 dagarna, vad beskriver bäst dina smärtor i käke, tinning, i örat eller framför örat på någon sida? ☐ Ingen smärta
☐ Smärtan kommer och går
☐ Smärtan finns hela tiden
- Välj ETT alternativ.
- Vid svar "ingen smärta", gå till fråga 5.

4. Under de senaste 30 dagarna, var det någon av följande aktiviteter som påverkade din smärta (d.v.s. lindrade eller förvärrade) från käken eller framför eller i örat.

	Ja	Nej
Tugga hård eller seg mat	☐	☐
Gapa eller röra käken framåt eller åt sidorna	☐	☐
Ovanor såsom att bita samman, pressa/gnissla tänder eller tugga tuggummi	☐	☐
Andra aktiviteter såsom att tala, kyssa eller gäspa	☐	☐

Huvudvärk

5. Under de senaste 30 dagarna, har du haft huvudvärk i tinningregionen? Ja Nej
Vid svar "Nej", gå till fråga 8. ☐ ☐
6. För hur många månader sedan debuterade din huvudvärk i tinningen? år mån
7. Under de senaste 30 dagarna, har någon av följande aktiviteter lindrat eller förvärrat din huvudvärk i tinningregionen? Ja Nej
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Tugga hård eller seg mat | ☐ | ☐ |
| Gapa eller röra käken framåt eller åt sidorna | ☐ | ☐ |
| Ovanor såsom att bita samman, pressa/gnissla tänder eller tugga tuggummi | ☐ | ☐ |
| Andra aktiviteter såsom att tala, kyssa eller gäspa | ☐ | ☐ |

Käkledsljud

8. Under de senaste 30 dagarna, har du haft något käkledsljud i samband med att du har rört din käke?

Ja Nej Hö Vä

☐ ☐ ☐ ☐
Käklåsning

9. 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 fråga 13.

10. Var låsningen eller upphakningen så allvarlig att den begränsade din gapförmåga och störde din förmåga att äta?

☐ ☐ ☐ ☐

11. Under de senaste 30 dagarna, har din käke låst sig så att du inte kunde gapa fullständigt, även för ett ögonblick, för att därefter lossna så att du kunde gapa fullständigt?

☐ ☐ ☐ ☐

Vid svar "Nej", gå till fråga 13.

12. Är din käke fortfarande låst eller inskränkt så att du inte kan gapa tillräckligt stort?

☐ ☐ ☐ ☐
Luxation

13. Under de senaste 30 dagarna, har din käke hakat upp sig eller låst sig i samband med att du har gapat stort, så att du inte kunnat stänga den från det öppna läget även för ett ögonblick?

☐ ☐ ☐ ☐

Vid svar "Nej" gå till fråga 15.

14. Under de senaste 30 dagarna, har du behövt hjälpa till för att stänga munnen när den har varit låst eller har fastnat i gapande läge genom att röra, trycka eller manövrera käken?

☐ ☐ ☐ ☐
Bett och trauma

Ja Nej

15. Har du märkt att ditt bett har förändrats under de senaste 6 månaderna?

☐ ☐

16. Känns ditt bett obekvämt eller obehagligt när du biter samman?

☐ ☐

17. Har du nyligen fått ett slag eller skada i ansiktet mot käken?

☐ ☐

Om du svarat "ja", hade du smärta i käken före skadan?

☐ ☐

Beteenden med betydelse för orofacial smärta

Under den senaste månaden, hur ofta har du gjort var och en av följande aktiviteter? Om frekvensen för aktiviteten varierat, välj det högre alternativet. Vänligen markera ett svar för varje påstående och hoppa inte över något alternativ.

UNDER SÖMN

Hur ofta har du gjort var och en av dessa aktiviteter?	Aldrig	<1 natt/mån	1-3 natt/mån	1-3 natt/v	4-7 natt/v
1. Pressa eller gnissla tänder i sömnen, baserat på att information som du kan tänkas ha	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sovställning som orsakat tryck mot käken (t.ex. på mage eller på sidan)	☐	☐	☐	☐	☐

UNDER VAKEN TID

Hur ofta har du gjort var och en av dessa aktiviteter?	Aldrig	Sällan	Ibland	Mesta tiden	Hela tiden
3. Gnissla tänder när du är vaken	☐	☐	☐	☐	☐
4. Pressa tänder när du är vaken	☐	☐	☐	☐	☐
5. Trycka, nudda eller hålla ihop tänderna när du inte äter (d.v.s. kontakt mellan över- och underkäkständer)	☐	☐	☐	☐	☐
6. Hålla eller spänna muskler utan att pressa eller att tänderna är i kontakt	☐	☐	☐	☐	☐
7. Hålla eller skjuta fram käken framåt eller till sidan	☐	☐	☐	☐	☐
8. Trycka tungan hårt mot tänderna	☐	☐	☐	☐	☐
9. Lägga tungan mellan tänderna	☐	☐	☐	☐	☐
10. Bitar, tugga eller leka med tunga, kinder eller läppar	☐	☐	☐	☐	☐
11. Hålla käken i ett spänt läge som för att stabilisera eller skydda käken	☐	☐	☐	☐	☐

Hur ofta har du gjort var och en av dessa aktiviteter?	Aldrig	Sällan	Ibland	Mesta tiden	Hela tiden
12. Hålla något mellan tänderna eller bita på föremål såsom pennor, fingrar eller naglar	☐	☐	☐	☐	☐
13. Tugga tuggummi	☐	☐	☐	☐	☐
14. Spela musikinstrument som involverar mun eller käke (t.ex. blås- eller stråkinstrument)	☐	☐	☐	☐	☐
15. Luta handen mot käken som att stödja	☐	☐	☐	☐	☐

eller vila hakan i handen

16. Tugga enbart på ena sidan	☐	☐	☐	☐	☐
17. Äta mellan huvudmåltiderna	☐	☐	☐	☐	☐
18. Prata ihållande (t.ex. undervisning, försäljning, kundtjänst m.m.)	☐	☐	☐	☐	☐
19. Sjunga	☐	☐	☐	☐	☐
20. Gäspa	☐	☐	☐	☐	☐
21. Hålla telefonen mellan huvud och axel	☐	☐	☐	☐	☐

Smärta och dess konsekvenser (GCPS)

Gradera dina smärtor i ansikte/mun enligt skalan nedan, där 0 motsvarar "ingen smärta" och 10 motsvarar "outhärdlig smärta".

1. Hur skulle du gradera dina smärtor i ansikte/mun **just nu**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Den **senaste månaden**, hur intensiv var din smärta i **genomsnitt** (d.v.s. din vanliga smärta)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Den **senaste månaden**, hur intensiv var din smärta **som värst**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Den senaste månaden, ungefär hur många dagar har du haft smärtor från ansikte, käke eller mun? _____

5. Den senaste månaden, ungefär hur många dagar har du avhållit dig från dina vanliga aktiviteter (arbete, skola, hushållsarbete) på grund av smärtor i ansikte/mun? _____

Värdera i hur stor grad dina smärtor har hindrat dig på en 0-10 poängskala där 0 är "ingen begränsning" och 10 är "oförmögen att utföra några aktiviteter".

6. Den senaste månaden, hur mycket har smärtorna i ansikte eller mun hindrat dig i dina dagliga aktiviteter?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Den senaste månaden, hur mycket har smärtorna i ansikte eller mun hindrat dig från att delta i fritids-, sociala- och familjeaktiviteter?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Den senaste månaden, hur mycket har smärtorna i ansikte eller mun minskat din förmåga att arbeta (inklusive hushållsarbete)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Käkfunktionsskala (JFLS-20)

För varje nedanstående fråga, ange graden av begränsning i käkarna under den senaste månaden.

Om det varit omöjligt att utföra aktiviteten, ange "10".

	Ingen begränsning					Stor begränsning					
1. Tugga seg mat	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Tugga bröd (t.ex. hårt bröd)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Tugga kyckling (t.ex. tillagad i ugn)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Tugga kex	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Tugga mjuk mat (t.ex. makaroner, kokta grönsaker, fisk)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Äta mjuk mat som inte behöver tuggas (t.ex. potatismos, kräm, pudding, puréer)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Gapa tillräckligt stort för att ta en tugga av ett äpple	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Gapa tillräckligt stort för att ta en tugga av en smörgås	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Gapat tillräckligt stort för att tala	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Gapa tillräckligt stort för att dricka ur en mugg	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Svälja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Gäsipa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Tala	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Sjunga	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Se glad ut	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Se arg ut	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Fnysa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Kyssas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Le	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Skratta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Patienthälsa (PHQ-9)

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 hälften av dagarna	Nästan varje dag
	0	1	2	3
1. Lite intresse eller glädje i att göra saker	☐	☐	☐	☐
2. Känner dig nedstämd, deprimerad eller utan hopp	☐	☐	☐	☐
3. Problem med att somna, att du vaknar i förtid eller sover för mycket	☐	☐	☐	☐
4. Känner dig trött eller energifattig	☐	☐	☐	☐
5. Dålig aptit eller äter för mycket	☐	☐	☐	☐
6. Dålig självkänsla, att du känner dig misslyckad eller att du svikit dig själv eller din familj	☐	☐	☐	☐
7. Svårigheter att koncentrera dig, t.ex. när du läser tidningen eller tittar på TV	☐	☐	☐	☐
8. Att du rör dig eller talar så långsamt att andra noterar det? Eller att du är så nervös eller rastlös att du rör dig mer än vanligt?	☐	☐	☐	☐
9. Tänker på att det skulle vara bättre om du var död eller att du skulle skada dig på något sätt	☐	☐	☐	☐

Summa 0 + + +

Totalt _____

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

Inga svårigheter alls	Vissa svårigheter	Stora svårigheter	Extrema svårigheter
☐	☐	☐	☐

Patienthälsa (GAD-7)

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. Känt dig nervös, orolig eller på helspänn	☐	☐	☐	☐
2. Kan inte sluta oroa dig eller kontrollera din oro	☐	☐	☐	☐
3. Oroat dig för mycket över olika saker	☐	☐	☐	☐
4. Haft svårigheter att slappna av	☐	☐	☐	☐
5. Varit så rastlös att det är svårt att sitta still	☐	☐	☐	☐
6. Lätt blivit förargad eller irriterad	☐	☐	☐	☐
7. Varit rädd, som att något förfärligt skulle hända	☐	☐	☐	☐

Summa 0 + + +

Totalt _____

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

Inga svårigheter alls	Vissa svårigheter	Stora svårigheter	Extrema svårigheter
☐	☐	☐	☐

Patienthälsa (PHQ-15)

Under de senaste fyra veckorna, hur mycket har du besvärats av något av följande problem?

	Inte alls besvärade	Lite besvärade	Mycket besvärade
	0	1	2
1. Magsmärta	☐	☐	☐
2. Ryggsmärta	☐	☐	☐
3. Smärta i armar, ben eller leder (knän, höfter etc.)	☐	☐	☐
4. Menstruationskrampor eller andra problem med din mens (enbart kvinnor)	☐	☐	☐
5. Huvudvärk	☐	☐	☐
6. Bröstsmärta	☐	☐	☐
7. Yrsel	☐	☐	☐
8. Svimfärdig	☐	☐	☐
9. Känner ditt hjärta bulta eller rusa	☐	☐	☐
10. Andfådd	☐	☐	☐
11. Smärta eller problem under samlag	☐	☐	☐
12. Förstoppning, svullen mage eller diarré	☐	☐	☐
13. Illamående, gaser eller matsmältningsproblem	☐	☐	☐
14. Trötthetskänsla eller energifattig	☐	☐	☐
15. Sömnsvårigheter	☐	☐	☐
Summa	0 +		+ _____
		Totalt	_____

Uppfattad stress (PSS-10)

Frågorna i denna enkät handlar om dina känslor och tankar **under den senaste månaden**. Ringa in hur ofta du känt eller tänkt på ett visst sätt.

	Aldrig	Ganska sällan	Ibland	Ganska ofta	Väldigt ofta
1. Hur ofta har du varit upprörd över något som hände helt oväntat?	0	1	2	3	4
2. Hur ofta har du känt att du varit oförmögen att kontrollera de viktiga sakerna i ditt liv?	0	1	2	3	4
3. Hur ofta har du känt dig nervös och stressad?	0	1	2	3	4
4. Hur ofta har du känt att du har förmåga att hantera dina personliga problem?	4	3	2	1	0
5. Hur ofta har du känt att saker och ting gått din väg?	4	3	2	1	0
6. Hur ofta har du känt att du inte kan hantera allt som du måste göra?	0	1	2	3	4
7. Hur ofta har du klarat av att kontrollera irritationsmoment i ditt liv?	4	3	2	1	0
8. Hur ofta har du känt att du haft kontroll?	4	3	2	1	0
9. Hur ofta har du varit arg över sådant som hänt som varit utanför din kontroll?	0	1	2	3	4
10. Hur ofta har du känt att svårigheter hopat sig så att du inte kan hantera dem?	0	1	2	3	4
Summa	+	+	+	+	
Totalt					_____

PCS-SW

Någon gång upplever vi alla smärta. Den kan gälla huvudvärk, tandvärk eller värk i musklerna. Vi är intresserade av de tankar och känslor du har när du har ont. Ange nedan hur du skattar i vilken utsträckning dessa tankar och känslor gäller för dig.

	Inte alls	I liten utsträckning	I måttlig utsträckning	I stor utsträckning	Hela tiden
När jag har ont..	0	1	2	3	4
1. ...ororar jag mig jämt för att smärtan inte ska sluta.	☐	☐	☐	☐	☐
2. ...känner jag att jag inte orkar fortsätta.	☐	☐	☐	☐	☐
3. ...är det förfärligt och jag tror att det aldrig kommer bli bättre.	☐	☐	☐	☐	☐
4. ...är det fruktansvärt och jag känner att det överväldigar mig.	☐	☐	☐	☐	☐
5. ...känner jag att jag inte står ut med det längre.	☐	☐	☐	☐	☐
6. ...blir jag rädd att smärtan ska förvärras.	☐	☐	☐	☐	☐
7. ...tänker jag på andra smärtsamma erfarenheter.	☐	☐	☐	☐	☐
8. ...väntar jag otåligt på att smärtan ska försvinna.	☐	☐	☐	☐	☐
9. ...kan jag inte sluta tänka på det.	☐	☐	☐	☐	☐
10. ...tänker jag hela tiden på hur ont det gör.	☐	☐	☐	☐	☐
11. ...tänker jag hela tiden på hur mycket jag vill att smärtan ska gå över.	☐	☐	☐	☐	☐
12. ...finns det ingenting som jag kan göra för att lindra smärtan.	☐	☐	☐	☐	☐
13. ...undrar jag om något allvarligt hänt mig.	☐	☐	☐	☐	☐
Summa	+	+	+	+	
Totalt					

Var har du ont?

Ringa in alla ställen där du har smärtor.

