

Gentilissima/o,
per migliorare la presa in carico da parte del nostro specialista in riabilitazione temporo-mandibolare, le chiediamo di compilare questi questionari prima di giungere in sede.

**QUESTIONARIO SULLA SALUTE DEL/DELLA PAZIENTE-9
(PHQ-9)**

Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi? (Segni la sua risposta con una "X")	Mai	Alcuni giorni	Per più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno
1. Scarso interesse o piacere nel fare le cose	0	1	2	3
2. Sentirsi giù, triste o disperato/a	0	1	2	3
3. Problemi ad addormentarsi o a dormire tutta la notte senza svegliarsi, o a dormire troppo	0	1	2	3
4. Sentirsi stanco/a o avere poca energia	0	1	2	3
5. Scarso appetito o mangiare troppo	0	1	2	3
6. Avere una scarsa opinione di sé, o sentirsi un/una fallito/a o aver deluso se stesso/a o i propri familiari	0	1	2	3
7. Difficoltà a concentrarsi su qualcosa, per esempio leggere il giornale o guardare la televisione	0	1	2	3
8. Muoversi o parlare così lentamente da poter essere notato/a da altre persone. O, al contrario, essere così irrequieto/a da muoversi molto più del solito	0	1	2	3
9. Pensare che sarebbe meglio morire o farsi del male in un modo o nell'altro	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Se ha fatto una crocetta su uno qualsiasi di questi problemi, quanto questi problemi le hanno reso difficile fare il suo lavoro, occuparsi delle sue cose a casa o avere buoni rapporti con gli altri?

Per niente
difficile

Abbastanza
difficile

Molto
difficile

Estremamente
difficile

Scala della Limitazione Funzionale Mandibolare

Per ognuno di questi punti sottostanti, indichi il livello di limitazione **durante il mese scorso**. Sel'attività è stata completamente impedita perché troppo difficoltosa, indichi "10". Se ha evitato un'attività per ragioni diverse dal dolore o dalla difficoltà, allora lasci il punto vuoto.

		Nessuna Limitazione										Severa Limitazione
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Masticare cibi gommosi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	Masticare pane duro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Masticare pollo (per esempio, preparato al forno)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Masticare crackers	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Masticare cibi morbidi (per esempio, pasta, frutta in scatola o morbida, verdure cotte, pesce)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	Mangiare cibo morbido che non richiede masticazione (per esempio, purè di patate, purè di mela, frullati)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	Aprire abbastanza da dare un morso una mela intera	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.	Aprire abbastanza da dare un morso ad un panino	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.	Aprire abbastanza per parlare	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.	Aprire abbastanza per bere da una tazza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11.	Ingoiare	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12.	Sbadigliare	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13.	Parlare	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14.	Cantare	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15.	Assumere un'espressione felice	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16.	Assumere un'espressione arrabbiata	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17.	Aggrottare le sopracciglia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18.	Baciare	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19.	Sorridere	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20.	Ridere	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

GAD-7

Nelle <u>ultime 2 settimane</u> , con quale frequenza le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi? <i>(Segni la sua risposta con una "X")</i>	Mai	Alcuni giorni	Per oltre la metà dei giorni	Quasi ogni giorno
1. Sentirsi nervoso/a, ansioso/a o teso/a	0	1	2	3
2. Non riuscire a smettere di preoccuparsi o a tenere sotto controllo le preoccupazioni	0	1	2	3
3. Preoccuparsi troppo per varie cose	0	1	2	3
4. Avere difficoltà a rilassarsi	0	1	2	3
5. Essere talmente irrequieto/a da far fatica a stare seduto/a fermo/a	0	1	2	3
6. Infastidirsi o irritarsi facilmente	0	1	2	3
7. Avere paura che possa succedere qualcosa di terribile	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T _____ = _____ + _____ + _____)