

Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders Symptom Questionnaire

Patientens navn _____ Dato _____

SMERTE

1. Har du nogensinde haft smerter i din kæbe, tinding, øre eller foran øret, i en eller begge sider? Nej Ja

Hvis du har svaret NEJ, så gå til spørgsmål 5.

2. Hvor mange år eller måneder er det siden din smerte i kæben, tindingen, øret eller foran øret begyndte? _____ år _____ måneder

3. I de sidste 30 dage, hvilket af følgende udsagn beskriver bedst enhver smerte i din kæbe, tinding, øre eller foran øret, i en eller begge sider?
- Ingen smerte
- Smerten kommer og går
- Smerten er altid til stede

Vælg ÉT svar

Hvis du har svaret "Ingen smerte" til spørgsmål 3, så gå til spørgsmål 5.

4. I de sidste 30 dage, ændrede (dvs blev bedre eller værre) følgende aktiviteter smerten i din kæbe, tinding, øre eller foran øret, i en eller begge sider?

	Nej	Ja
A. Tygge hård eller sej mad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Åbne din mund eller bevæge din kæbe fremad eller til siden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Vaner som f.eks. at holde tænderne sammen, presse/skære tænder eller tygge tyggegummi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Andre aktiviteter som f.eks. at tale, kysse eller gabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DC/TMD Symptom Questionnaire, version 12May2013, dansk version 1, januar 2014

Copyright International RDC/TMD Consortium Network. Available at <http://www.rdc-tmdinternational.org>
Version 12May2013. No permission required to reproduce, translate, display, or distribute.



HOVEDPINE

5. I de sidste 30 dage, har du haft hovedpine, som omfattede tindingerne? **Nej** **Ja**

Hvis du har svaret NEJ til spørgsmål 5, så gå til spørgsmål 8.

6. Hvor mange år eller måneder er det siden din tindingehovedpine begyndte? _____ år _____ måneder

7. I de sidste 30 dage, ændrede (dvs blev bedre eller værre) følgende aktiviteter din tindingehovedpine (i en eller begge sider)?
- | | Nej | Ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| A. Tygge hård eller sej mad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Åbne din mund eller bevæge din kæbe fremad eller til siden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Vaner som f.eks. at holde tænderne sammen, presse/skære tænder eller tygge tyggegummi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Andre aktiviteter som f.eks. at tale, kysse eller gabe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DC/TMD Symptom Questionnaire, version 12May2013, dansk version 1, januar 2014

Copyright International RDC/TMD Consortium Network. Available at <http://www.rdc-tmdinternational.org>
Version 12May2013. No permission required to reproduce, translate, display, or distribute.



KÆBELEDSLÝDE			Office use			
8.	I de sidste 30 dage, har du haft kæbeledslyde, når du bevægede eller brugte din kæbe?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	DNK <input type="checkbox"/>
LUKKET LÅSNING						
9.	Har din kæbe <u>nogensinde</u> været låst eller siddet fast, selv et kort øjeblik, så den <u>ikke kunne åbnes</u> HELT OP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis du har svaret NEJ til spørgsmål 9, så gå til spørgsmål 13						
10.	Var din kæbe da låst eller sad fast alvorligt nok til at begrænse din evne til at åbne munden og vanskeliggøre din evne til at spise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	I de sidste 30 dage, har din kæbe låst således, at den <u>ikke kunne åbnes</u> HELT OP, selv et kort øjeblik, for derefter at "låse op" så du igen kunne åbne HELT OP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis du har svaret NEJ til spørgsmål 11, så gå til spørgsmål 13.						
12.	Er din kæbe låst eller begrænset lige nu, så du <u>ikke kan åbne</u> HELT OP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÅBEN LÅSNING						
13.	I de sidste 30 dage, har din kæbe været låst, når du gabte højt, selv et kort øjeblik, så du ikke kunne lukke munden igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis du har svaret NEJ til spørgsmål 13, så er du færdig.						
14.	I de sidste 30 dage, når din kæbe låste, var du da nødt til at gøre noget for at kunne lukke munden igen, som f.eks. at hvile, bevæge, skubbe eller manøvrere kæben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DC/TMD Symptom Questionnaire, version 12May2013, dansk version 1, januar 2014

Copyright International RDC/TMD Consortium Network. Available at <http://www.rdc-tmdinternational.org>
Version 12May2013. No permission required to reproduce, translate, display, or distribute.

