

# TMD Oirekysely (DC/TMD-FIN)

Potilaan nimi \_\_\_\_\_ Pvm \_\_\_\_\_

## KIPU

1. Onko Sinulla koskaan ollut kipua leuassasi, ohimollasi, korvassasi, tai korvasi etupuolella jommalla kummalla puolella? **Ei**  **Kyllä**

**Jos vastasit EI, siirry kysymykseen 5.**

2. Kuinka monta vuotta tai kuukautta sitten kipusi leuassa, ohimolla, korvassa, tai korvan etupuolella ensimmäisen kerran alkoi? \_\_\_\_\_ vuotta \_\_\_\_\_ kuukautta

3. Mieti viimeistä 30 päivää, mikä seuraavista parhaiten kuvaa kipua leuassasi, ohimollasi, korvassasi, tai korvasi etupuolella jommalla kummalla puolella?
- Ei kipua
- Kipu tulee ja menee

Valitse YKSI vastausvaihtoehto.

Kipu on aina läsnä

**Jos vastasit EI, siirry kysymykseen 5.**

4. Viimeisen 30 päivän aikana, muuttivatko (eli helpottivatko ta pahensivatko) seuraavat toiminnot kipua leuassasi, ohimollasi, korvassasi, tai korvasi etupuolella jommalla kummalla puolella?

**Ei**  **Kyllä**

- |    |  |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| A. | Kovan tai sitkeän ruuan pureskeleminen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. | Suusi avaaminen tai leukasi liikuttaminen eteenpäin tai sivulle  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. | Leuan toiminta kuten hampaiden yhdessäpitäminen, hampaiden yhteenpuristaminen/narskuttelu tai purukumin pureskeleminen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. | Muut leuan toiminnot, kuten puhuminen, suuteleminen, tai haukotteleminen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## PÄÄNSÄRKY

5. Mieti viimeistä 30 päivää, onko Sinulla ollut päänsärkyjä ohimoalueillasi? **Ei**  **Kyllä**

**Jos vastasit EI kysymykseen 5, siirry kysymykseen 8.**

6. Kuinka monta vuotta tai kuukautta sitten ohimopäänsärkysi ensimmäisen kerran alkoi? \_\_\_\_\_ vuotta \_\_\_\_\_ kuukautta

7. Viimeisen 30 päivän aikana, muuttivatko (eli helpottivatko tai pahensivatko) seuraavat toiminnot päänsärkyä ohimosi alueella jommalla kummalla puolella?

**Ei**  **Kyllä**

- |    |   |                          |                          |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| A. | Kovan tai sitkeän ruuan pureskeleminen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. | Suusi avaaminen tai leukasi liikuttaminen eteenpäin tai sivulle   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. | Leuan toiminta kuten hampaiden pitäminen yhdessä, hampaiden yhteenpuristaminen/narskuttelu tai purukumin pureskeleminen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. | Muut toiminnot kuten puhuminen, suuteleminen, tai haukotteleminen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## LEUKANIVELÄÄNET

tutkija täyttää

8.	Viimeisen 30 päivän aikana, onko Sinulla ollut nivelääniä, kun liikutit tai käytit leukojasi?	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	Ei tiedä <input type="checkbox"/>
----	---	--------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------

## LEUAN LUKKIUTUMINEN

9.	Onko leukasi <u>koskaan</u> lukkiutunut tai jumiutunut, vaikka vain hetkeksi siten, että se <u>ei</u> olisi auennut TÄYSIN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Jos vastasit EI kysymykseen 9, siirry kysymykseen 11.**

10.	Oliko leukasi lukkiutuminen tai jumiutuminen niin vaikea, että se rajoitti suusi avaamista tai häittäsi syömistä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11.	Viimeisen 30 päivän aikana, onko leukasi lukkiutunut siten, että <u>et pystynyt avaamaan</u> TÄYSIN, edes hetkellisesti, ja sitten avautunut niin että pystyit avaamaan suusi TÄYSIN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Jos vastasit EI kysymykseen 11 siirry kysymykseen 13.**

12.	Onko leukasi tällä hetkellä lukkiutunut tai suun avaaminen rajoittunut niin, että leukasi <u>ei avaudu</u> TÄYSIN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## LEUAN LUKKIUTUMINEN AUKIASENTOON

13.	Viimeisen 30 päivän aikana, kun avasit suusi kokonaan auki, lukkiutuiko tai jumiutuiko leukasi, edes hetkellisesti, siten, että <u>et voinut sulkea</u> sitä tästä ääriasennosta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Jos vastasit EI kysymykseen 13, voit lopettaa vastaamisen tähän.**

14.	Viimeisen 30 päivän aikana, kun leukasi lukkiutui tai jumiutui ääriavausliikkeeseen, täytyikö Sinun tehdä jotain saadaksesi sen kiinni (kuten lepäämistä, liikuttelemista, painamista, tai leukasi avustamista)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------