

STOMATOLOŠKI FAKULTET
SVEUČILIŠTA U ZAGREBU
Gundulićeva 5, Zagreb

grupa

br. kartona

namnestički karton

za orofacijalnu bol i temporomandibularnu disfunkciju

datum (dan, mjesec, godina):

JMBG

Prezime, Ime

adresa:

telefon:

Datum rođenja:

broj godina:

spol (M/Ž):

bračni status:

neoženjen/neudata

oženjen/udata

razveden/razvedena

udovac/udovica

broj djece:

dob djece:

zanimanje:

stručna sprema:

trenutno ste:

zaposleni - puno radno vrijeme

zaposleni - dio radnog vremena

nezaposleni

invalid

umirovljeni

Tko Vas je poslao na našu kliniku (prezime, ime, adresa i broj telefona)?

1.1 Koji je glavni zdravstveni problem koji Vas je doveo na naš zavod?

1.2 Datum kad su Vaši problemi počeli: (mjesec, godina) ili prije dana

1.3 Stavite križić u kućicu ispred događaja koji je uzrokovao ili predhodio Vašem problemu.

kirurški zahvat na čeljustima

stomatološki zahvat - osim vađenja

prometna nesreća

vađenje zuba

žvakanje

stresna situacija

ortodontski zahvat (aparatići za ispravljanje zubi)

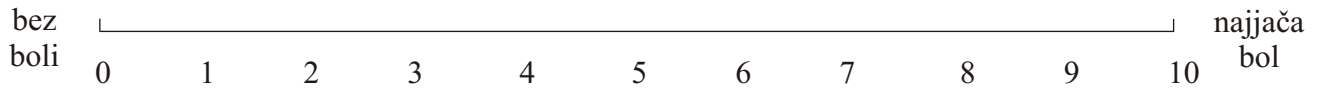
ništa, bol se samo pojavila

udarac u čeljust/glavu/vrat

ostalo /upišite na crtu ispod/

2.0 Bol - ako ne osjećate nikavu bol u području glave i lica preskočite na 3.0

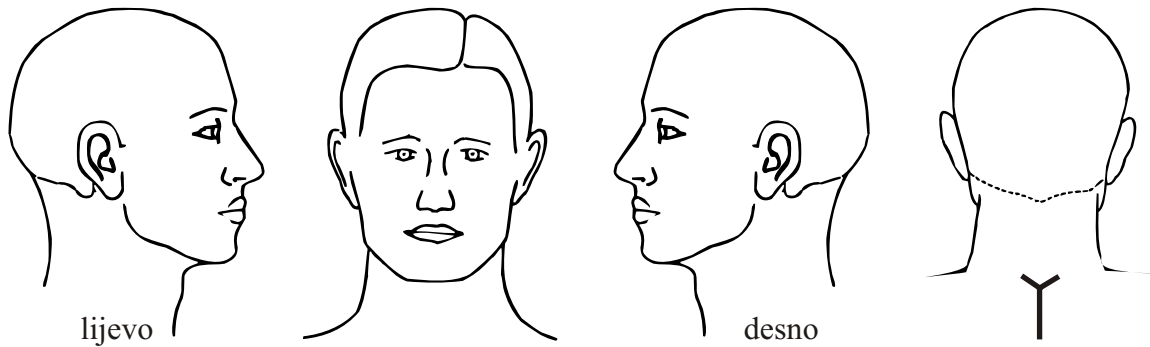
2.1 Na skali ispod povucite okomitu crtu na mjestu koje označava jačinu Vaše boli



2.3 Stavite križić ispred pojmova koji opisuju Vašu bol

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> pulsirajuća | <input type="checkbox"/> glodajuća | <input type="checkbox"/> lagana | <input type="checkbox"/> strašna |
| <input type="checkbox"/> probadajuća | <input type="checkbox"/> pečenje | <input type="checkbox"/> potmula | <input type="checkbox"/> okrutno-kažnjavajuća |
| <input type="checkbox"/> oštra | <input type="checkbox"/> parajuća | <input type="checkbox"/> umarajuća-iscrpljujuća | <input type="checkbox"/> bolesnička |
| <input type="checkbox"/> grčevita | <input type="checkbox"/> teška | | |

2.4 Ocrtajte na shemama područja na kojima se bol javlja



2.5 Stavite križić u kućicu ispred izraza koji opisuju trajanje Vaše boli

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> manje od 1 minute | <input type="checkbox"/> od 1 do 5 sati | <input type="checkbox"/> od 13 do 24 sata |
| <input type="checkbox"/> od 1 do 10 minuta | <input type="checkbox"/> od 6 do 12 sati | <input type="checkbox"/> nekoliko dana |
| <input type="checkbox"/> manje od 1 sata | | <input type="checkbox"/> nikad ne prestaje |

2.6 Stavite križić kod uzroka koji pojačavaju ili provociraju bol

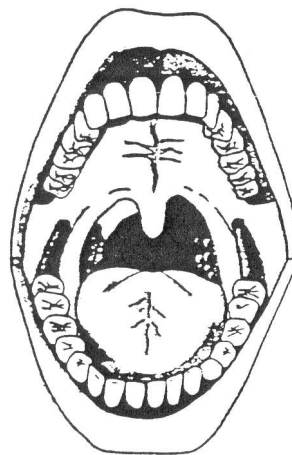
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> žvakanje | <input type="checkbox"/> manjak sna - nesanica | <input type="checkbox"/> mlaka ili hladna voda |
| <input type="checkbox"/> govor | <input type="checkbox"/> sviranje muzičkog instrumenta | <input type="checkbox"/> emocionalni stres/ nervoza |
| <input type="checkbox"/> zijevanje | <input type="checkbox"/> vožnja u auta duže vrijeme | <input type="checkbox"/> dugotrajno sjedenje |
| <input type="checkbox"/> pjevanje | <input type="checkbox"/> neka određena hrana | <input type="checkbox"/> vježbanje |
| <input type="checkbox"/> jako otvaranje usta | <input type="checkbox"/> vruća ili hladna pića | <input type="checkbox"/> ostalo /upišite na crtu/ |

2.7 Stavite križić pored čimbenika koji umanju ili Vas u potpunosti oslobađaju boli

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> vježbanje | <input type="checkbox"/> masaža bolnog područja | <input type="checkbox"/> topli oblozi |
| <input type="checkbox"/> toplina | <input type="checkbox"/> određen položaj donje čeljusti | <input type="checkbox"/> hladni oblozi |
| <input type="checkbox"/> san | <input type="checkbox"/> micanje donje čeljusti | <input type="checkbox"/> lijekovi protiv bolova |
| <input type="checkbox"/> vrijeme | <input type="checkbox"/> relaksacija - odmor | <input type="checkbox"/> ništa ne pomaže |
| <input type="checkbox"/> drugo / <i>upišite na crtu</i> / | | |
-

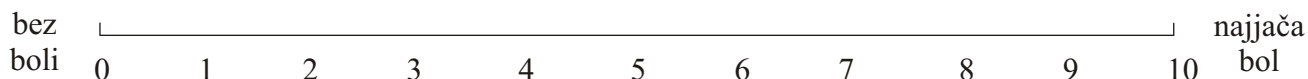
2.8 Da li Vas boli zub ili nešto drugo u usnoj šupljini - ako da zaokružite to područje na slici desno

- da
 ne



3.0 Glavobolja - ako nemate glavobolja ili ih imate vrlo vrlo rijetko preskočite na 4.0

3.1 Koliko su otprilike bolne vaše glavobolje (na skali stavite okomitu crtu na mjestu koje otprilike odgovara intenzitetu bola)



3.2 Stavite križić ako tvrdnja s lijeve strane odgovara istini.

- Imam glavobolje najmanje jednom tjedno
- Moje glavobolje se razlikuju po vrsti boli - nisu uvijek jednake
- Budim se ujutro sa glavoboljom
- Glavobolja imam kasnije tijekom dana
- Glavobolje me bude dok spavam
- Uz glavobolju ide i osjećaj mučnine i nagon za povraćanjem
- Uz glavobolje se javljaju i poremećaji vida
(kakve vrste su ti poremećaji - upišite na crtu ispod)
-

3.2 Stavite križić pored čimbenika koji Vas oslobađa glavobolje

- Odmor
- San
- Vježbanje
- Ništa, nema pomoći
- Lijekovi (*navedite koji na crtu ispod*)
-
-
-

4.0 Zvukovi - ako nemate simptoma škljocana preskočite na 5.0

4.1 Na kojoj strani se javljaju zvukovi? desno lijevo obje strane

4.2 Stavite križić ispred pojmova koji opisuju vrstu zvuka

škljocanje (klik) pucketanje (pop) mljevenje (grind) praskanje (crack)

ostalo /opišite na crtu pored/ _____

4.3 Stavite križić pored kretnji u kojima se zvuk javlja

prva trećina otvaranja zadnja trećina otvaranja žvakanje
 srednja trećina otvaranja kretnje u stranu tijekom zatvaranja

4.4 Stavite križić u kućicu ako je zvuk uvijek prisutan

4.5 Stavite križić u kućicu ako mislite da je zvuk vezan uz bol koju osjećate

5.0 Ostali simptomi

5.1 Da li ste se ikad našli u situaciji da niste mogli zatvoriti usta ili su Vam čeljusti ostale zakočene

Da na desnoj strani na obje strane
 Ne na lijevoj strani

Datum prvog takvog događaja: _____

5.2 Ako se to desilo i mogli ste sami vratiti čeljust u normalnu poziciju stavite križić u kućicu

5.3 Da li Vam se čeljust ikada zakočila kada ste imali zatvorena usta

Da na desnoj strani na obje strane
 Ne na lijevoj strani

5.4 Koliko puta u zadnjih godinu dana ste imali osjećaj da Vam se čeljust zakočila? nijednom ili puta

5.5 Stavite križić u kućicu ako se uz zakočenje čeljusti javlja bol

5.5 Stavite križić u kućicu ako se iskusili neki od spomenutih simptoma

utrnulost lica ili čeljusti bol u uhu bolove po cijelom tijelu
 jutarnju ukočenost čeljusti osjećaj punoće u uhu brzo zamaranje
 pronalaženje pravog položaja čeljusti oslabljen sluh slabost žvačnih mišića
 povećana pomičnost zglobova zujenje u ušima vrtoglavice
 nemogućnost otvaranja usta do kraja bol u zatiljku neosjetljivost ili škakljanje u rukama ili prstima
 neusklađen zagriz bol u leđima

6.0 Navike, emocije i prehrana

6.1 Stavite križić u kućicu ako imate koju od spomenutih navika

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> stiskanje zubi | <input type="checkbox"/> griženje olovke, spajalica i sl. | <input type="checkbox"/> držanje telefona ramenom i glavom |
| <input type="checkbox"/> škripanje zubima | <input type="checkbox"/> griženje noktiju | <input type="checkbox"/> sviranje na puhaćim instrumentima/violini |
| <input type="checkbox"/> žvakanje leda | <input type="checkbox"/> griženje usnica ili obraza | |

6.2 Žvačete li žvakaću gumu?

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> 0-25% vremena | <input type="checkbox"/> tvrdu kaogumu (npr. Chunga-Lunga) |
| <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> 25-50% vremena | <input type="checkbox"/> srednje tvrdu kaogumu (npr. Orbit, Wrigley ili sl.) |
| <input type="checkbox"/> bez šećera | <input type="checkbox"/> 50-75% vremena | <input type="checkbox"/> mekanu kaogumu (npr. Softy, Buble buble) |
| <input type="checkbox"/> sa šećerom | <input type="checkbox"/> 75-100% vremena | |

6.3 Da li pušite? /stavite križić za Da/ kutija komada

6.4 Stavite križić desno ako smatrate svoju prehranu zdravom i uravnoteženom

6.5 Stavite križić desno ako ste na nekoj specijalnoj dijeti

6.6 Za svako piće navedeno dolje navedite dnevene količine koje obično popijete

- | | |
|--------------------------------|---|
| Kava _____ šalica | Voda _____ čaša cca. 2 dL |
| Kava bez kofeina _____ šalica | Alkoholna pića - žestoko _____ piće cca. 0,3 dL |
| Čaj _____ šalica | Vino _____ čaša cca. 2 dL |
| Čaj bez kofeina _____ šalica | Pivo _____ čaša cca. 2 dL |
| Voćni sok _____ čaša cca. 2 dL | Gazirana pića _____ čaša cca. 2 dL |

6.6 Stavite križić ispred stanja koja se odnose na Vas

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> često sam pod stresom | <input type="checkbox"/> moje ruke i noge ponekad su hladne i teško ih je zagrijati |
| <input type="checkbox"/> stres pojačava bol koju osjećam | <input type="checkbox"/> često sam u depresiji |
| <input type="checkbox"/> ne volim svoj posao | <input type="checkbox"/> osjećam se bolesno i mučno |
| <input type="checkbox"/> bol me sprečava u obavljanju uobičajenih aktivnosti | <input type="checkbox"/> bio sam kod psihijatra ili psihologa |
| <input type="checkbox"/> ponekad osjećam da ne mogu disati | |

6.7 Stavite križić ispred stanja koja se odnose na vaš san

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ne spavam dobro | <input type="checkbox"/> imam noćne more |
| <input type="checkbox"/> bol mi ne da spavati | <input type="checkbox"/> umorniji sam kad idem u krevet nego što bih trebao biti |
| <input type="checkbox"/> budim se često noću | <input type="checkbox"/> ne osjećam se odmorno ujutro kad ustanem |
| <input type="checkbox"/> nemirno spavam | |

7.0 Medicinski problemi

7.1 Stavite križić u kućicu ako imate koju od spomenutih bolesti ili ste je imali u prošlosti

1. KARDIOVASKULARNI SUSTAV

- 1 Kongestivni zastoj srca
- 2 Infarkt
- 3 Angina pectoris
- 4 Visok krvni tlak
- 5 Šumovi na srcu
- 6 Prolaps mitralnog zaliska
- 7 Reumatska groznica
- 8 Urođena srčana greška
- 9 Umjetni srčani zalistak
- 10 Aritmije
- 11 Pacemaker
- 12 Srčani bypass
- 13 Srčana angioplastika
- 14 Transplantat srca
- 15 Aneurizma
- 16 Drugi srčani problem

2. HEMATOLOŠKI SUSTAV

- 1 Transfuzija krvi
- 2 Anemija
- 3 Hemofilija
- 4 Leukemija
- 5 Perniciozna anemija
- 6 Sklonost produženom krvarenju

3. NEUROLOŠKI SUSTAV

- 1 Problemi vida
- 2 Glaukom
- 3 Uhobolje, zvonjenje u ušima
- 4 Gubitak sluha
- 5 Jake migrene
- 6 Nesvjestice i mučnine
- 7 Moždani udar

- 8 Epilepsija ili konvulzije
- 9 Psihijatrijski tretman
- 10 Napadi panike
- 11 Fobije
- 12 PTSP
- 13 Psihoze

4. GASTROINTESTINALNI SUSTAV

- 1 Čir
- 2 Kolitis
- 3 Proljevi
- 4 Hepatitis
- 5 Bolesti jetre
- 6 Žutica
- 7 Ciroza
- 8 Poremećaji prehrane

5. DIŠNI SUSTAV

- 1 Alergije
- 2 Astma
- 3 Sinusitisi
- 4 Kronični kašalj
- 5 Emfizem
- 6 Kronični bronhitis
- 7 Tuberkuloza
- 8 Respiratorne poteškoće

6. KOŽA I MIŠIČNO-SKELETNI SUSTAV

- 1 Lateks (guma) alergija
- 2 Kožni osipi
- 3 Madeži - s nedavnim promjenama
- 4 Noćna znojenja
- 5 Osteoartritis

- 6 Reumatoidni artritis
- 7 Lupus
- 8 Umjetni zglobovi

7. ENDOKRINI SUSTAV

- 1 Diabetes
- 2 Bolesti štitnjače
- 3 Liječenje steroidima ili kortikosteroidima

8. GENITOURINARNI SUSTAV

- 1 Često mokrenje
- 2 Bolesti bubrega i mokraćnog mjehura
- 3 Dijaliza
- 4 Transplantat bubrega
- 5 Seksualno prenosive bolesti
- 6 HIV +
- 7 Mnogobrojni seksualni partneri

9. DRUGI SUSTAVI

- 1 Česte upale grla
- 2 Povećani limfni čvorovi
- 3 Uporaba duhana
- 4 Alkoholizam
- 5 Korištenje droga
- 6 Liječeni ovisnik
- 7 Tumori ili rak
- 8 Terapija zračenjem
- 9 Kemoterapija
- 10 Dosad navedena bolest (upišite na crtu ispod)

7.2 Stavite križić u kućicu ako ste ikad sudjelovali u nesreći i zadobili udarac ili ozljedu bilo kojeg dijela glave, vrata ili leđa

Datum i kratki opis nezgode (okolnosti) _____

7.3 Stavite križić u kućicu ako primete ili ste u postupku za stjecanje prava na invalidninu

7.4 Stavite križić u kućicu ako konzultirate ili namjeravate konzultirati odvjetnika u vezi Vašeg problema

7.5 Stavite križić u kućicu ako uzimate ili biste trebali uzimati lijekove bilo koje vrste

Napišite koje lijekove i u kojim dozama _____

7.6 Stavite križić u kućicu ako ste alergični na neke lijekove

Koje? _____

7.7 Stavite križić u kućicu ako ste imali reakciju na stomatološki ili opći anestetik

7.8 Stavite križić u kućicu ako ste imali neku veću operaciju ili operaciju u općoj anesteziji

Zašto? Kako je protekla? _____

7.9 Stavite križić u kućicu ako Vam otiču skočni zglobovi

7.10 Stavite križić u kućicu ako morati stati dok hodate ili se uspinjete stepenicama zbog boli u prsima, poteškoća sa disanjem ili umora

7.11 Bez namjere izgubili ste ili dobili 5 kg u prošloj godini

ŽENE 7.12 Stavite križić ako ste trudni ili postoji mogućnost da ste trudni

7.13 Navedite podatke o Vašem liječniku opće prakse

Ime i prezime _____

Adresa i broj telefona: _____

Koji Vaše probleme on u ovom trenutku tretira - liječi? _____

8.0 Dosadašnja terapija - preskočite ako dosad niste liječili svoje probleme

8.1 Stavite križić u kućicu kod ustanove ili specijalista kojeg ste posjetili s obzirom na Vaš problem

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nikome | <input type="checkbox"/> Specijalistu fizikalne medicine | <input type="checkbox"/> Psihijatru |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitacijska medicina | <input type="checkbox"/> Oftalmologu | <input type="checkbox"/> Stomatologu |
| <input type="checkbox"/> Internistu | <input type="checkbox"/> Anesteziologu | <input type="checkbox"/> Oralnom kirurgu |
| <input type="checkbox"/> Otorinolaringologu | <input type="checkbox"/> Kirurgu | <input type="checkbox"/> Ortodontu |
| <input type="checkbox"/> Ortopedu | <input type="checkbox"/> Obiteljskom doktoru | <input type="checkbox"/> Drugo / <i>upišite ispod</i> / |
| <input type="checkbox"/> Reumatologu | <input type="checkbox"/> Neurologu | _____ |

Navedite imena tih liječnika:

8.2 Stavite križić u kućicu kod pretrage ili testa koji ste do sad obavili

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> rendgen snimke | <input type="checkbox"/> myelogram | <input type="checkbox"/> test vitaliteta zuba |
| <input type="checkbox"/> EMG | <input type="checkbox"/> magnetska rezonanca | <input type="checkbox"/> pretrage mogaće |
| <input type="checkbox"/> venogram | <input type="checkbox"/> arteriogram | <input type="checkbox"/> krvne pretrage |
| <input type="checkbox"/> artrogram | <input type="checkbox"/> blokade živaca | <input type="checkbox"/> CT |
| <input type="checkbox"/> rendgen snimku čeljusnog zgloba | <input type="checkbox"/> analizu prehrane | <input type="checkbox"/> termogram |
| <input type="checkbox"/> drugo _____ | | |

8.3 Stavite križić u kućicu kod terapijskog zahvata koji ste dosad obavili

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inekcije | <input type="checkbox"/> Savjetovanje | <input type="checkbox"/> Električna stimulacija |
| <input type="checkbox"/> Akupunktura | <input type="checkbox"/> Lijekovi | <input type="checkbox"/> Ultrazvuk/Ionoforeza |
| <input type="checkbox"/> Masaža | <input type="checkbox"/> Toplina/hladnoća oblozi | <input type="checkbox"/> Punjenje korjenskog kanala |
| <input type="checkbox"/> Blokade živca | <input type="checkbox"/> Akupresura | <input type="checkbox"/> Vježbanje |
| <input type="checkbox"/> Biofeedback | <input type="checkbox"/> Stres menadžment | <input type="checkbox"/> Ubrušavanje okluzije |
| <input type="checkbox"/> Hipnoza | <input type="checkbox"/> Odvikavanje od droge/alkohola | <input type="checkbox"/> Kirurgija žvačnog zgloba |
| <input type="checkbox"/> Nagrizne udlage | <input type="checkbox"/> Kiropraktika | <input type="checkbox"/> Ortodoncija |
| <input type="checkbox"/> Drugo _____ | | |