

Q1. كم عدد المرات التي قمت فيها بأداء السلوكيات التالية في الشهر الماضي؟

من 7-4 ليلة في الاسبوع	من 3-1 ليلة/ في الاسبوع	من 3-1 ليلة/ في الشهر	ليلة/ في الشهر	أبدا	أنشطة أثناء النوم
					1.1 كز الأسنان أو طحنها أثناء النوم
					1.2 النوم في وضع يضع الضغط على الفك

كل الاوقات	أغلب الاوقات	بعض الاوقات	القليل من الوقت	أبدا	أنشطة خلال ساعات الاستيقاظ
					1.3 طحن الأسنان معا
					1.4 كز الأسنان معا
					1.5 التلامس بين الأسنان العلوية والسفلية غير وقت الأكل
					1.6 شد عضلات الوجه دون التلامس بين الأسنان
					1.7 الحفاظ على انخفاض الفك إلى الأمام أو أفقيا
					1.8 دفع اللسان بحزم ضد أسنانك
					1.9 وضع اللسان بين الأسنان
					1.10 تعض أو تمضغ أو تلعب مع لسانك أو خديك أو شفتيك
					1.11 إبقاء الحنك في وضعية مشددة
					1.12 وضع أشياء مثل دبوس الشعر أو الغليون أو القلم الرصاص أو الأقلام أو الأصابع والأظافر وغيرها بين أسنانك
					1.13 مضغ علكة
					1.14 العزف على الآلات الموسيقية التي تتطلب استخدام الفم أو الفك (مثل آلات النفخ الخشبية والآلات النحاسية والآلات الوترية)
					1.15 تضع يدك على الفك في موضع الراحة ، مثل وضع الذقن في سلك اليد
					1.16 مضغ طعامك على جانب واحد فقط
					1.17 تناول الطعام بين الوجبات الرئيسية فقط (الأطعمة التي تتطلب المضغ)
					1.18 التحدث لفترة طويلة (مثل المعلم ، التاجر ، خدمة العملاء)
					1.19 الغناء
					1.20 التناوب
					1.21 تمسك الهاتف بين رأسك والكتفين

Q2 وضح في الأسئلة التالية مدى الألم على مقياس من 0 إلى 10 حيث 0 = "غياب الألم" ، و 10 = "ألم شديد" .



10 = ألم شديد

5 = ألم متوسط

صفر = غياب الألم

2.1	كيف تقيم ألم وجهك الآن؟
2.2	في الـ 3 أشهر الماضية كيف تقيم أسوأ ألم في الوجه؟
2.3	في الـ 3 أشهر الماضية ، في المتوسط ، كيف تقيم ألم وجهك؟
2.4	في آخر 3 أشهر ، كم عدد الأيام التي منعك فيها ألم وجهك من القيام بالأنشطة المعتادة ؟ (حدد عدد الأيام)
2.5	في آخر 3 أشهر ، كم منعك ألم وجهك من القيام بالأنشطة اليومية (العمل ، الدراسة ، الأعمال المنزلية)؟ (ضع التقييم من صفر إلى 10) حيث صفر = لا تغيير ، 10 = عدم القدرة على أداء أي نشاط
2.6	خلال الـ 3 أشهر الماضية ، كم منعك ألم وجهك من القيام بالأنشطة الترفيهية والاجتماعية والعائلية؟ (ضع التقييم من صفر إلى 10) حيث صفر = لا تغيير ، 10 = عدم القدرة على أداء أي نشاط
2.7	خلال الـ 3 أشهر الماضية ، كم منعك ألم وجهك من القيام بالأعمال المنزلية. (ضع التقييم من صفر إلى 10) حيث صفر = لا تغيير ، 10 = عدم القدرة على أداء أي نشاط

Q3 ضع دائرة حول مدى تقييد الفك (عدم القدرة على تحريك الفك) على مقياس من صفر إلى 10 حيث صفر = "بلا قيود" ، و 10 = "شديد القيود".

3.1	المضغ	بلا قيود 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 شديد القيود
3.2	أكل الأطعمة الصلبة	بلا قيود 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 شديد القيود
3.3	أكل الأطعمة الطرية	بلا قيود 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 شديد القيود
3.4	فتح الفم بشكل واسع للشرب من كوب	بلا قيود 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 شديد القيود
3.5	فتح الفم بشكل واسع لقضم التفاح	بلا قيود 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 شديد القيود
3.6	فتح الفم بشكل واسع لقضم الساندويش	بلا قيود 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 شديد القيود
3.7	الابتسام / الضحك	بلا قيود 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 شديد القيود
3.8	التحدث	بلا قيود 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 شديد القيود
3.9	تناوب	بلا قيود 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 شديد القيود
3.10	البلع	بلا قيود 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 شديد القيود
3.11	الغناء	بلا قيود 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 شديد القيود
3.12	وجود تعبير الوجه المعتاد (وجه سعيد / غاضب)	بلا قيود 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 شديد القيود

Q4- خلال الأسبوعين الماضيين ، كم عدد المرات التي عانيت بها من المشاكل التالية؟

تقريبا يوميا	أكثر من نصف الايام	عدة ايام	ولا مرة	
				4.1 القليل من الاهتمام أو المتعة في فعل الأشياء
				4.2 الشعور بالاكتئاب أو اليأس
				4.3 مشكلة الأرق أو صعوبة النوم ؛ أو النوم كثيرا
				4.4 الشعور بالتعب أو وجود القليل من الطاقة
				4.5 ضعف الشهية أو الإفراط في تناول الطعام
				4.6 شعور سيء عن نفسك
				4.7 مشكلة في التركيز على الأشياء (التلفزيون ، الجرائد ..)
				4.8 أن تكون قليل النشاط أو كثير النشاط
				4.9 التفكير في إيذاء نفسك

Q5- خلال الأسابيع الأربعة الماضية ، ما مدى إنزعاجك من المشاكل التالية؟

منزعج كثيرا	منزعج قليلا	غير منزعج	
			5.1 ألم في المعدة
			5.5 ألم في الظهر
			5.3 ألم في ذراعيك أو ساقيك أو مفاصلك (الركبتين ، الوركين ، إلخ)
			5.4 تشنجات الحيض أو مشاكل الدورة الشهرية (للنساء فقط)
			5.5 الصداع
			5.6 ألم في الصدر
			5.7 دوخة
			5.8 إغماء
			5.9 دقات قلب سريعة
			5.10 ضيق في التنفس
			5.11 الإمساك ، الأمعاء الرخوة أو الإسهال
			5.12 الغثيان أو الغاز أو عسر الهضم
			5.13 الشعور بالتعب أو الخمول
			5.14 مشكلة في النوم