|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TNKÜ****AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI****UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ TEMPOROMANDİBULAR EKLEM HASTA DEĞERLENDİRME FORMU** | Doküman No: | EYS-FRM-302 |
| Hazırlama Tarihi: | 05.01.2022 |
| Revizyon Tarihi: | -- |
| Revizyon No: | 0 |
| Toplam Sayfa Sayısı: | 2 |

1



|  |
| --- |
| **Ad-soyad: Cinsiyet: Erkek (….) Kadın (….)** |
| **Yaş: Meslek: Telefon: Şehir:** |
| **Başlıca şikayetleriniz?** |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **Şu anki hastalığınızın hikayesi (geçmişi)** |
| **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..** |
| **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....** |
| **Sistemik hastalıklarınız:** |
| **Kullandığınız ilaçlar:** |
| **Ağrınızın başlama tarihi:** |
|  |
|  **Ağrı duyduğunuz bölgeyi resimler üzerinde işaretleyiniz.** |
| **Ağrının sıklığı:** |
| Devamlı (….) Ara sıra (….) Sık sık (….) |
| **Başlangıcından beri ağrının seyri:** |
| Kötüleşiyor (….) İyileşiyor (….) Değişmiyor (….) |
| **Ağrının karakteri:** |
| Keskin (….) Sıkıcı (….) Sınırlı bir bölgede (….) Yaygın (….) |
| **Bir gün içinde ağrının en fazla olduğu zaman** |
| Sabah (….) Öğlen (….) Akşam (….) Yemek yerken (….) Esnerken (….) Diğer ………… |
| **Ağrıyı artıran faktörler:……………………………………………………………………………………………………………………** |
| **Ağrıyı azaltan faktörler:…………………………………………………………………………………………………………………...** |

|  |
| --- |
| **Ağrı hayatınızda kısıtlamalara yol açıyor mu?** Evet : Az (….) Orta (….) Çok (….) Hayır (….)**Ağrıya yol açabilecek durumlar**Kaza/travma (….) Cerrahi işlem (….) Diş tedavisi (….) Stres (….) Diğer………………..**Ağzınız eskiye göre daha az açılıyor mu (Çene hareketleriniz kısıtlandı mı)?** Evet (….) Hayır (….)**Çene hareketlerinde kısıtlılığın (disfonksiyon) başlama tarihi:………………………………………………………….****Hareket kısıtlılığını başlatan faktörler (Kaza, çarpma, düşme vb.):……………………………………………………****Hareket kısıtlılığının başlangıcından beri seyri:** Kötüleşiyor (….) İyileşiyor (….) Değişmiyor (….)**Hareket kısıtlılığını artıran faktörler:…………………………………………………………………………………………….****Hareket kısıtlılığını azaltan faktörler:……………………………………………………………………………………………****Daha önce çeneniz kilitlendi ya da tutuldu mu?** Evet (….) Hayır (….)**Fonksiyon dışı alışkanlıklarınız:**Diş sıkma (….) Diş gıcırdatma (….) Dudak ısırma (….) Dil itimi (….) Tırnak yeme (….) Sakız çiğneme (….) Telefon (baş eğik pozisyonda) (….) Diğer ………………………………**Çene ekleminizde ses var mı?**Evet (….) : Ne zamandan beri?....................................................Hayır (....): Vardı, kayboldu (….) Ne kadar süre önce sesler kayboldu ……………………..**Yemek yerken hangi tarafınızı kullanıyorsunuz?** Yalnız sağ (….) Yalnız sol (….) Her iki taraf (….)**Baş ağrısı (….), kulak ağrısı (…...), duyma problemleri (….), baş dönmesi ( ) var mı? Çene eklemi rahatsızlığınız için daha önce geçirdiğiniz tedaviler**Yok (….) İlaç (….) Fizik tedavi (….) Dişlerde aşındırma (….) Gece plağı (….) Cerrahi tedavi (….) Eklem içi enjeksiyon (….) Diğer ………………………………………….**VAS değerlendirmesi**0 100**Tarih: Ad-Soyad****İmza** |

2