



**TEMPOROMANDİBULER
EKLEM HASTA DEĞERLENDİRME
FORMU**

Doküman No	SHB.FR.32
Yayın Tarihi	12.04.2018
Revizyon No	00
Revizyon Tar	--
Sayfa No	Sayfa1 / 2

Ad-soyad: _____ **Cinsiyet:** Erkek (....) Kadın (....)

Yaş: _____ **Meslek:** _____ **Telefon:** _____ **Şehir:** _____

Başlıca şikayetleriniz?

.....

Şu anki hastalığınızın hikayesi (geçmiş)

.....

.....

Sistemik hastalıklarınız:

Kullandığınız ilaçlar:

Ağrının başlama tarihi:

Ağrı duyduğunuz bölgeyi aşağıdaki 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:.....



TEMPOROMANDİBULER
EKLEM HASTA DEĞERLENDİRME
FORMU

Doküman No	SHB.FR.32
Yayın Tarihi	12.04.2018
Revizyon No	00
Revizyon Tar	--
Sayfa No	Sayfa2 / 2

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 eklemizde 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

İsim-soyisim

İmza