Datum: \_\_\_

 **Smärta**

1. Har du någonsin haft smärta i käke, tinning, i örat eller framför örat på någon sida?

 \_ 0. Nej \_ 1. Ja

 *Vid svar* ***”Nej”****, gå till fråga 5.*

2. För hur många år eller månader sedan debuterade dina smärtor i käke, tinning, i örat eller framför örat för första gången?

 \_\_\_ år \_\_\_ mån

a) Hur många gånger har du sammanlagt haft dina sedan dem debuterade för första gången

\_ Mindre än 10 gånger \_ 10 eller fler gånger

b) I genomsnitt, hur många dagar per månad har du haft smärta det senaste året?

\_ Mindre än 1 dag \_ 1- 14 dagar \_ Mer än 15 dagar

c) I genomsnitt hur länge varar smärtan varje gång?

\_ Mindre än 2 timmar \_ 2 eller fler timmar \_ hela dagen \_ flera dagar

3. Under de **senaste 30 dagarna**, vad beskriver bäst dina smärtor i käke, tinning, i örat eller framför örat på någon sida?

*Välj* ***ETT*** *alternativ.*

\_ 0. Ingen smärta

\_ 1. Smärtan kommer och går

\_ 2. Smärtan finns hela tiden

 *Vid svar ”Ingen smärta”, gå till fråga 5.*

4. Under de senaste 30 dagarna, var det någon av följande aktiviteter som påverkade din smärta (dvs lindrade eller förvärrade) från käken, tinning eller framför örat eller i örat?

A. Tugga hård eller seg mat \_ 0. Nej \_ 1. Ja

B. Gapa eller röra käken framåt eller åt sidorna \_ 0. Nej \_ 1. Ja

C. Ovanor såsom att bita samman, pressa/gnissla tänder eller tugga tuggummi \_ 0. Nej \_ 1. Ja

D. Andra aktiviteter såsom att tala, kyssa eller gäspa \_ 0. Nej \_ 1. Ja

**Huvudvärk**

5. Under de senaste 30 dagarna, har du haft huvudvärk i tinningregionen?

 \_ 0. Nej \_ 1. Ja

 *Vid svar* ***”Nej”****, gå till fråga 8.*

6. För hur många år eller månader sedan debuterade din huvudvärk i tinningen?

 \_\_\_ år \_\_\_ mån

7. Under de senaste 30 dagarna, har någon av följande aktiviteter lindrat eller förvärrat din huvudvärk från tinningen?

A. Tugga hård eller seg mat \_ 0. Nej \_ 1. Ja

B. Gapa eller röra käken framåt eller åt sidorna \_ 0. Nej \_ 1. Ja

C. Ovanor såsom att bita samman, pressa/gnissla tänder eller tugga tuggummi \_ 0. Nej \_ 1. Ja

D. Andra aktiviteter såsom att tala, kyssa eller gäspa \_ 0. Nej \_ 1. Ja

**Käkledsljud**

8. Under de senaste 30 dagarna, har du haft något käkledsljud i samband med att du rört din käke?

 \_ 0. Nej \_ 1. Ja

**Käkledslåsning**

9. Har din käke någonsin låst eller hakat upp sig för ett ögonblick så att det inte gick att öppna fullständigt?

 \_ 0. Nej \_ 1. Ja

 *Vid svar* ***”Nej”****, gå till fråga 13.*

10. Var låsningen eller upphakningen så allvarlig att den begränsade din gapförmåga och störde din förmåga att äta?

 \_ 0. Nej \_ 1. Ja

11. Under de senaste 30 dagarna, har din käke låst sig så att du inte kunde gapa fullständigt, även för ett ögonblick, för att därefter lossna så att du kunde gapa fullständigt?

 \_ 0. Nej \_ 1. Ja

 *Vid svar* ***”Nej”****, gå till fråga 13.*

12. Är din käke fortfarande låst eller inskränkt så att du inte kan gapa tillräckligt stort?

 \_ 0. Nej \_ 1. Ja

**Luxation**

13. Under de senaste 30 dagarna, har din käke hakat upp sig eller låst sig i samband med att du gapar stort, så att du inte kunnat stänga den från det öppna läget även för ett ögonblick?

 \_ 0. Nej \_ 1. Ja

 *Vid svar* ***”Nej”****, du är klar.*

 [Vid svar **”Nej”**, gå till fråga 15]

14. Under de senaste 30 dagarna, har du behövt hjälpa till för att stänga munnen när den har varit låst eller har fastnat i gapande läge genom att röra, trycka eller manövrera käken?

 \_ 0. Nej \_ 1. Ja

**Bett och trauma**

15. Har du märkt att ditt bett förändrats under de **senaste 6 månaderna**? \_ 0. Nej \_ 1. Ja

16. Känns ditt bett obekvämt eller obehagligt när du biter samman? \_ 0. Nej \_ 1. Ja

17. Har du nyligen fått ett slag eller skada i ansiktet mot käken? \_ 0. Nej \_ 1. Ja

18. Vid svar **”Ja**”, hade du smärta i ansiktet före skadan? \_ 0. Nej \_ 1. Ja

This CRF translation is based on a validated translation: Alstergren P, Häggman-Henrikson B, Ekberg E, et al. Diagnostic\*Criteria\*for\*Temporomandibular\*Disorders: Assessment\*Instruments (Swedish). International\*RDC/TMD\*Consortium\*Network. Editor:\*Richard\*Ohrbach. Version: 20Jan2014. https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational/wp-content/uploads/sites/58/2017/01/DC-TMD-Swedish-Assessment-Instruments\_2016\_05\_02a654.pdf

Notes:

Copyright International RDC/TMD Consortium Network (now INfORM). Available at <https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational/tmd-assessmentdiagnosis/dc-tmd/>

No permission required to reproduce, translate, display, or distribute.

Questions are evaluated individually (no overall or summary score).

Additional notes about this translation

2a, 2b, 2c are not asked on the English version of this CRF, and therefore are not represented in the CDE detail file.

Question 13 – English version says if you answer no, you are done (*du är klar)*. The translated version has additional questions 15-18 and says to go to question 15 (gå till fråga 15). Questions 15 – 18 are not on the English CRF and therefore not represented in the CDE detail file.

This translated document does not include the “office use only” responses

Reference

Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network\* and Orofacial Pain Special Interest Group. Journal of Oral and Facial Pain and Headache, 2014; 28(1), 6-27. DOI: 10 11607/jop.1151