Bettfysiologi - remissmall

Remissmallen är en remissbilaga som du laddar ned och fyller i på dator. Den är ett komplement till remissunderlaget i T4 där patientens och vårdgivarens kontaktuppgifter ska synas.

Fyll i den nedladdade remissmallen genom att klicka på ”Fyll i och signera”. Där hittar du ”Verktyg för att fylla i och signera”.

Datum:…………………………..

Patient: Personnummer…………………………………………………………. (10 siffror)

Patient: Efternamn…………………………………………………………………………….

Patient: Förnamn………………………………………………………………………………

**Anamnes:**

1) Gör det ont i tinningen, ansiktet, käklederna eller käkarna en gång i veckan eller oftare?

 □Ja □Nej

2) Gör det ont när patienten gapar eller tuggar en gång i veckan eller oftare?

 □ Ja □Nej¨

3) Har patienten låsningar eller upphakningar i käken en gång i veckan eller oftare? □Ja □Nej

4a) Vilket övrigt/vilka övriga symtom har patienten i käkar/ansikte/huvud och var är det lokaliserat/de lokaliserade?

…………………………………………………………………………………………………..

4b) Hur ofta finns symtomet/symtomen?

…………………………………………………………………………………………………..

5a) Hur länge har symtom funnits i tinning/ansikte/käkleder/käkar/huvud?

…………………………………………………………………………………………………..

5b) Varierar symtomen under dygnet?

 □Ja □Nej

Om Ja, beskriv hur: …………………………………………………………………………………………………..

6) Finns det faktorer som påverkar symtomen, tuggning, gapning, stress?

□Ja □Nej

Om Ja, beskriv: …………………………………………………………………………………………………..

7) Hur påverkar symtomen patientens dagliga liv, t.ex. äta, tala, svårighet att utföra vanliga vardagliga sysslor?

…………………………………………………………………………………………………..

8) Har patienten någon ovana/parafunktion som kan belasta käksystemet på ett ofördelaktigt sätt, t.ex. nagelbitning, frekvent tuggummituggning, frekvent lätt tandkontakt dagtid, tandpressning, tandgnissling? □Ja □Nej

Om Ja, beskriv:

…………………………………………………………………………………………………..

9) Har patienten varit utsatt för trauma mot tinning/ansikte/käkleder/käkar/huvud?

 □ Ja □Nej

Om Ja: När/var/hur? …………………………………………………………………………………………………..

10) Har patienten utretts hos läkare eller annan terapeut för de aktuella besvären i tinning/ansikte/käkleder/käkar/huvud?

□ Ja □Nej

Om Ja: Vilken information/bedömning/behandling har gjorts av läkare eller annan terapeut?

…………………………………………………………………………………………………..

11) Har patienten smärta i nacke/axlar?

□Ja □Nej

Har patienten smärta med annan lokalisation än tinning/ansikte/käkleder/käkar/huvud /nacke/axlar?

 □Ja □Nej

Om Ja: Var är smärtan lokaliserad?

………………………………………………………………………………………………......

Om Ja: Vilken hjälp har patienten fått i vården/av annan terapeut med sin smärtproblematik?

…………………………………………………………………………………………………..

12) Har patienten sömnproblematik?

 □Ja □Nej

Om Ja, beskriv:

………………………………………………………………………………………….

13) Psykosocial anamnes, t.ex. arbets-/hemförhållanden.

………………………………………………………………………………………….

14) Har patienten tidigare och/eller nuvarande kontakt med psykiatrin/BUP?

□Ja □Nej

Om Ja, kommentar: ……………………………………………………………………….

15) Har patienten tidigare och/eller nuvarande missbruksproblematik?

□Ja □Nej

Om Ja, kommentar: ……………………………………………………………………….

16) Har patienten nu/har patienten tidigare haft någon annan sjukdom eller skada som krävt sjukhusvistelse eller längre läkarkontakt?

□Ja □Nej

Om Ja, kommentar: …………………………………………………………………………………………………..

17) Har patienten eller har haft tumörsjukdom?

□Ja □Nej

Om Ja, kommentar: …………………………………………………………………………………………………..

18) Aktuell medicinering

 □Ja □Nej

Om Ja, beskriv: …………………………………………………………………………………………………..

19) Hur försörjer sig patienten idag?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 25% | 50% | 75% | 100% |  |
| Arbete |  |  |  |  |  |
| Studier |  |  |  |  |  |
| Sjukskrivning |  |  |  |  | Från år/månad: |
| Sjukersättning |  |  |  |  | Från år/månad: |
| Arbetssökande |  |  |  |  | Från år/månad: |
| Annat |  |  |  |  | Vad?:Från år/månad: |

20) Behöver patienten tolk?

 □Ja □Nej

Om Ja: språket är ……………………………………………………………………………….

**Status:**

21) Palpationsömhet käkled/käkmuskulatur;

□Ja □Nej

Om Ja, beskriv:

 ………………………………………………………………………………………………….

22) Käkledsljud:

□Ja □Nej

Om Ja, beskriv:

 ………………………………………………………………………………………………….

23a) Aktiv gapförmåga (när patienten gapar själv även om det smärtar)

mellan incisalskär ….. mm + vertikal överbitning ….. mm

23b) Passiv gapförmåga (när terapeuten töjer gapet vid gapningen)

mellan incisalskär ….. mm + vertikal överbitning ….. mm

24) Finns intraorala tecken på orala parafunktioner, t.ex. kindlist, tungimpressioner? □Ja □ Nej

Om Ja, beskriv: …………………………………………………………………………………………………..

25) Status övrigt, typ av befintlig bettskena och dess passform, bettförhållanden.

Sammanfattning: …………………………………………………………………………………………………

26) Eventuella dentala orsaker till smärta i det orofaciala området är uteslutna:

*□*Ja

Kommentar:

…………………………………………………………………………………………………..

27) Relevant radiologisk undersökning är utförd □Ja

Resultat/Kommentar: …………………………………………………………………………………………………..

**Diagnos:**

28) Vilken diagnos/vilka diagnoser bedömer du att patienten har i tinning/ansikte/käkleder/käkar/huvud?

…………………………………………………………………………………………………..

**Behandling:**

29a) Vilken/vilka bettfysiologiska behandlingar har patienten fått, t.ex. information om vikten av att identifiera och bryta eventuella dagparafunktioner, instruktion om hur man intar avslappnat käkläge/kroppshållning, bettskena hård/mjuk?

…………………………………………………………………………………………………..

29b) Hur länge har behandling pågått?

…………………………………………………………………………………………………..

29c) Vilket resultat har behandling gett?

…………………………………………………………………………………………………..

Tandläkare:……………………………………………………………………………………

Klinik:……………………………………………………………………………………………