

Spørgeskema om føleforstyrrelse efter tandlægebehandling

Udfyldes af patienten i tandlægeklinikken samme dag som den neurosensoriske undersøgelse finder sted

Udfyld venligst dette spørgeskema så præcist som muligt, sådan at du bedst muligt beskriver det ubehag, som nerveskaden har medført. Du er velkommen til at uddybe svarene.

Specialtandlægen og du gennemgår skemaet sammen i forbindelse med undersøgelsen.

| |
|---|
| Fulde navn: Fornavn(e) og efternavn |
| CPR-nummer: |
| Beskæftigelse: |
| Sagsnr.: |
| Dato for udfyldelse af dette skema: |

1. Beskriv føleforstyrrelsen med dine egne ord

2. Hvor mærker du din føleforstyrrelse?

| Sted | Højre side | Venstre side |
|------------------------|------------|--------------|
| Underlæbe/hage | | |
| Overlæbe/mellemansigt | | |
| Kind | | |
| Tunge | | |
| Andet område. Beskriv: | | |

3. Hvor slem er din føleforstyrrelse på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er "Ingen påvirkning" og 10 er "Værst tænkelige føleforstyrrelse"?

Sæt ét X

Ingen føleforstyrrelse

Værst tænkelige påvirkning

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | | | | | | | | | | |

4. Hvor meget påvirker føleforstyrrelsen dit fritids- og privatliv på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er "Ingen påvirkning" og 10 er "Ude af stand til at fortsætte dine aktiviteter i fritids- og privatlivet"?

Sæt ét X

Ingen påvirkning

Ude af stand til at udføre aktiviteterne

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | | | | | | | | | | |

Hvis føleforstyrrelsen påvirker dit fritids- og privatliv (svarer 1-10), beskriv nærmere hvordan:

| |
|--|
| |
|--|

5. **Hvor meget påvirker føleforstyrrelsen dit arbejdsliv på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er "ingen påvirkning" og 10 er "ude af stand til at fortsætte dine aktiviteter i arbejdslivet"?**

Sæt ét X

Ingen påvirkning

Ude af stand til at udføre aktiviteterne

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |

Hvis føleforstyrrelsen påvirker dit arbejdsliv (svarer 1-10), beskriv nærmere hvordan:

6. Er du generet af ændret følelse?

- Nej
 Ja

Hvis ja:

Hvordan vil du beskrive den ændrede følelse?

Sæt et eller flere X'er

- Helt mistet følelse
 Næsten mistet følelse
 Delvist mistet følelse
 Øget følsomhed
 Andet. Hvordan: _____

Hvor ofte er du generet af den ændrede følelse?

Sæt et eller flere X'er

- Af og til
 Næsten altid
 Altid
 Andet. Hvordan: _____

7. Er du generet af ubehag (f.eks. sovende, prikkende fornemmelse)?

- Nej
 Ja

Hvis ja:

Hvordan vil du karakterisere ubehaget?

Sæt et eller flere krydser

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prikkende, stikkende | <input type="checkbox"/> Sovende | <input type="checkbox"/> Dødhed |
| <input type="checkbox"/> Kriblende | <input type="checkbox"/> Varme | <input type="checkbox"/> Brændende |
| <input type="checkbox"/> Kulde | <input type="checkbox"/> Elektrisk følelse | <input type="checkbox"/> Ømhed |
| <input type="checkbox"/> Hævelse | <input type="checkbox"/> Kløende | <input type="checkbox"/> Smerte |
| <input type="checkbox"/> Andet. Hvordan: _____ | | |

Hvor ofte har du ubehaget?

- Af og til
 Næsten altid
 Altid
 Ved let berøring
 Andet. Hvordan: _____

Er der noget, som udløser ubehaget?

- Nej
 Ja. Hvordan: _____

Er der noget, som hjælper eller lindrer på ubehaget?

- Nej
 Ja. Hvordan: _____

8. Er du generet af smerter?

- Nej
 Ja

Hvis ja:

Hvor ofte har du smerter?

Sæt et eller flere krydser

- Af og til Næsten altid Altid
 Ved let berøring
 Andet. Hvordan: _____

Hvordan vil du karakterisere smerten (Sæt gerne flere krydser)?

Sæt et eller flere krydser

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Murrende | <input type="checkbox"/> Jægende | <input type="checkbox"/> Stikkende |
| <input type="checkbox"/> Dunkende | <input type="checkbox"/> Elektrisk følelse | <input type="checkbox"/> Brændende |
| <input type="checkbox"/> Andet. Hvordan: _____ | | |

Er der noget som udløser smerten?

- Nej
 Ja. Hvordan: _____

Er der noget som hjælper eller lindrer på smerten?

Nej

Ja. Hvordan: _____

Hvor længe varer smerten? (sekunder, minutter, timer, dage, konstant) _____

9. Er du generet af ændret smagssans?

Nej

Ja

Hvis ja:

Hvordan er du generet af den ændrede smagssans?

Helt mistet smagssans

Delvist mistet smagssans

Ændret smagssans

Forstærket smagssans

Andet. Hvordan: _____

10. Har du andre gener på grund af føleforstyrrelsen?

Ubehag, når du taler?

Nej

Ja. Hvordan: _____

Ubehag, når du spiser?

Nej

Ja. Hvordan: _____

Ubehag, når du drikker?

Nej

Ja. Hvordan: _____

Savler du?

Nej

Ja. Hvordan: _____

Bider du dig i tungen?

Nej

Ja. Hvordan: _____

Andre ubehag?

Nej

Ja. Hvordan: _____

11. Oplever du, at føleforstyrrelsen er blevet mindre, værre eller er den uændret siden skadens opståen?

- Nej.
- Ja, lidt
- Ja, noget
- Ja, meget

Hvis ja (lidt/noget/meget):

Hvordan?

12. Beskriv nedenfor, hvis du har yderligere at tilføje vedrørende din føleforstyrrelse.

Jeg bekræfter hermed med min underskrift, at ovenstående oplysninger er korrekte.

Dato _____ Underskrift: _____