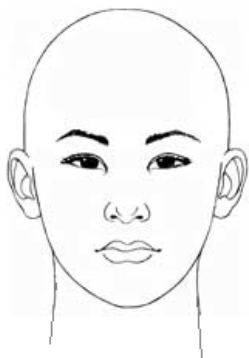


Craniofacial Pain and Disability Inventory (CF-PDI/Br) Inventário de Dor Orofacial e Incapacidade (IDOI)

Este questionário foi desenvolvido para obter informações de como sua dor no rosto, cabeça e mandíbula afeta sua vida diária. Por favor, leia todas as perguntas e marque em cada uma, somente uma resposta que melhor represente seu caso.

1a. Por favor, assinale na figura abaixo os locais que você sente dor:



1b. Você sente dor no rosto?

- Não sinto dor no rosto (0)
- Sinto dor no rosto em algumas ocasiões (1)
- Sinto dor no rosto frequentemente (2)
- Sempre sinto dor no rosto (3)

2. Essa disfunção prejudica sua qualidade de vida?

- Não prejudica minha qualidade de vida (0)
- Prejudica um pouco minha qualidade de vida (1)
- Prejudica, muito, minha qualidade de vida (2)
- Prejudica fortemente minha qualidade de vida (3)

3. Intensidade de dor no rosto.

- Não sinto dor no rosto (0)
- Sinto uma dor leve no rosto (1)
- Sinto uma dor moderada no rosto (2)
- Sinto uma dor forte no rosto (3)

4. Sua dor dificulta no momento de ter relações afetivas como: beijos, abraços, relações sexuais...

- Não tenho nenhuma dificuldade para ter relações afetivas (0)
- Consigo ter relações afetivas, mas com uma leve dor no rosto/mandíbula (1)

- Consigo ter relações afetivas, mas com uma dor moderada no rosto/mandíbula (2)
- Não consigo ter relações afetivas devido à dor forte que sinto (3)

5. Você sente dor quando ri?

- Não sinto dor ao rir (0)
- Sinto uma dor leve ao rir (1)
- Sinto uma dor moderada ao rir (2)
- Sinto uma dor forte ao rir (3)

6. Você evita sorrir, falar ou mastigar devido à sua disfunção?

- Posso realizar essas ações sem nenhum problema (0)
- Devido à dor em algumas ocasiões evito essas ações (1)
- Devido à dor evito frequentemente essas ações (2)
- Devido à dor sempre evito essas ações (3)

7. Você sente dor na mandíbula?

- Não sinto dor na mandíbula (0)
- Sinto dor somente quando movimento a mandíbula (1)
- Sinto dor em algumas ocasiões mesmo que não movimente a mandíbula (2)
- Sinto dor constante independente da atividade (3)

8. Você escuta/sente algum ruído ao movimentar a mandíbula?

- Não escuto/sinto nenhum ruído (0)
- Em alguns movimentos escuto/sinto um ruído (1)
- Na maioria dos movimentos escuto/sinto ruídos e dor (2)
- Em todos os movimentos escuto/sinto ruídos e dor (3)

9. Você percebe que sua mandíbula sai do lugar ou trava?

- Não percebo que a mandíbula sai do lugar ou trava (0)

- Em algumas ocasiões percebo que a mandíbula sai do lugar ou trava (1)
- Frequentemente percebo que a mandíbula sai do lugar ou trava (2)
- Sempre percebo que a mandíbula sai do lugar ou trava (3)

10. Intensidade de dor ao mastigar...

- Não sinto dor ao mastigar (0)
- Sinto uma dor leve ao mastigar (1)
- Sinto uma dor moderada ao mastigar (2)
- Sinto uma dor forte ao mastigar (3)

11. Você sente cansaço na mandíbula, ao falar ou comer?

- Não sinto cansaço na mandíbula ao falar ou comer (0)
- Sinto um cansaço leve na mandíbula ao falar ou comer (1)
- Sinto um cansaço moderado na mandíbula ao falar ou comer (2)
- Sinto um cansaço intenso na mandíbula ao falar ou comer (3)

12. Você tem dificuldade em abrir a boca?

- Não tenho dificuldade em abrir a boca (0)
- Tenho uma dificuldade leve em abrir a boca (1)
- Tenho uma dificuldade moderada em abrir a boca (2)
- Tenho uma grande dificuldade em abrir a boca (3)

13. Intensidade de dor ao falar...

- Não sinto dor ao falar (0)
- Sinto uma dor leve ao falar (1)
- Sinto uma dor moderada ao falar (2)
- Sinto uma dor forte ao falar (3)

14. Você tem medo de movimentar a mandíbula?

- Não tenho medo de movimentar a mandíbula (0)
- Em algumas ocasiões evito movimentar a mandíbula por medo do meu problema piorar (1)
- Frequentemente evito movimentar a mandíbula por medo do meu problema piorar (2)
- Realizo apenas os movimentos necessários por medo do meu problema piorar (3)

15. Alimentação

- Posso comer qualquer alimento (0)
- Não consigo comer alguns alimentos duros (1)
- Só posso comer alimentos moles (2)
- Apenas me alimento com líquidos (3)

16. Com que frequência você sente dor no pescoço/cervical?

- Não sinto dor no pescoço/cervical (0)
- Em algumas ocasiões sinto dor no pescoço/cervical (1)
- Frequentemente sinto dor no pescoço/cervical (2)
- Sempre sinto dor no pescoço/cervical (3)

17. Com que frequência você sente dor de cabeça?

- Não sinto dor de cabeça (0)
- Em algumas ocasiões sinto dor de cabeça (1)
- Frequentemente sinto dor de cabeça (2)
- Sempre sinto dor de cabeça (3)

18. Com que frequência você tem dor de ouvido?

- Não sinto dor de ouvido (0)
- Em algumas ocasiões sinto dor de ouvido (1)
- Frequentemente sinto dor de ouvido (2)
- Sempre sinto dor de ouvido (3)

19. O que você sente ao tocar os locais de dor no rosto/mandíbula?

- Se realizo uma pressão leve com os dedos sobre o rosto/mandíbula não sinto dor (0)
- Se realizo uma pressão leve com os dedos sobre o rosto/mandíbula sinto uma dor leve (1)
- Se realizo uma pressão leve com os dedos sobre o rosto/mandíbula sinto uma dor forte (2)
- Não consigo tocar o rosto/mandíbula porque o simples toque me causa muita dor (3)

20. A dor altera o seu sono?

- A dor não altera o meu sono (0)
- A dor às vezes altera meu sono (1)
- A dor frequentemente altera meu sono (2)
- Não consigo dormir devido à dor (3)

21. A dor interfere durante sua atividade de trabalho?

- A dor não interfere na minha atividade de trabalho (0)

- A dor às vezes interfere na minha atividade de trabalho
(1)
- A dor frequentemente interfere na minha atividade de trabalho (2)
- A dor sempre interfere na minha atividade de trabalho
(3)

Domínios para obtenção do escore final:

Domínio de Limitação funcional e psicossocial: Q2, Q4, Q6, Q8, Q11, Q12, Q13, Q14, Q15, Q21

Domínio Dor: Q1, Q3, Q5, Q7, Q10, Q19 e Q20

Domínio frequência de Comorbidades: Q9, Q16, Q17 e Q18