

# SCHEDA TEST VALUTAZIONE PAZIENTE myobrace®

Data:	Nome:	Data di nascita:	Età:
Mandato da:		Valutazione a cura di:	
Disturbi maggiori:			
Precedenti raccomandazioni ortodontiche:			

Allineamento dentale	Forma arcata		Occlusione	Sviluppo cranio facciale
<input type="checkbox"/> <b>Buon allineamento dentale</b> <input type="checkbox"/> Affollamento <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Superiore   <input type="checkbox"/> Inferiore</div> <input type="checkbox"/> Spaziatura <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Superiore   <input type="checkbox"/> Inferiore</div> <input type="checkbox"/> Denti proinclinati <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Superiore   <input type="checkbox"/> Inferiore</div> <input type="checkbox"/> Denti retroinclinati <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Superiore   <input type="checkbox"/> Inferiore</div>	<b>Superiore</b> <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Stretta <input type="checkbox"/> Appiattita <input type="checkbox"/> Contratta su 4° e 5° <input type="checkbox"/> Altro	<b>Inferiore</b> <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Stretta <input type="checkbox"/> Appiattita <input type="checkbox"/> Tip linguale 6° e 7° <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> <b>Occlusione corretta</b> <input type="checkbox"/> Morso Profondo: _____ mm <input type="checkbox"/> Overjet _____ mm <input type="checkbox"/> Morso aperto <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Anteriore <input type="checkbox"/> Posteriore</div> <input type="checkbox"/> Morso incrociato <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Anteriore <input type="checkbox"/> Posteriore</div> <input type="checkbox"/> Discrepanza linea mediana	<input type="checkbox"/> <b>Buon sviluppo cranio facciale</b> <input type="checkbox"/> Iposviluppato in <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Terzo medio facciale <input type="checkbox"/> Terzo inferiore</div> <input type="checkbox"/> Crescita verticale eccessiva <input type="checkbox"/> Profilo Classe II <input type="checkbox"/> Profilo Classe III <input type="checkbox"/> Profilo Classe IV <input type="checkbox"/> Altro:
Note:	Note:		Note:	Note:

Respirazione e postura	Lingua	Deglutizione	Labbra e Guance
<input type="checkbox"/> <b>Leggera respirazione nasale</b> <input type="checkbox"/> Forte respirazione nasale <input type="checkbox"/> Respirazione orale <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> In stato di veglia <input type="checkbox"/> Mentre dorme <input type="checkbox"/> Respiro rumoroso</div> <input type="checkbox"/> <b>Postura corretta</b> <input type="checkbox"/> Postura scorretta <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Spalle protese in avanti <input type="checkbox"/> Testa protesa in avanti</div>	<input type="checkbox"/> <b>Posizione a riposo corretta</b> <input type="checkbox"/> Posizione a riposo errata <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> In basso <input type="checkbox"/> Contro e fra i denti</div> <input type="checkbox"/> Attaccamento frenulo linguale <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Ampiezza movimento sufficiente <input type="checkbox"/> Attaccamento esteso <input type="checkbox"/> Anteriore <input type="checkbox"/> Posteriore</div>	<input type="checkbox"/> <b>Deglutizione corretta</b> <input type="checkbox"/> Deglutizione errata <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Spinta linguale <input type="checkbox"/> Mentoniero/Labiale mentoniero attivo <input type="checkbox"/> Buccinatori attivi</div> <input type="checkbox"/> Video 	<input type="checkbox"/> <b>Posiz. corretta labbra a riposo</b> <input type="checkbox"/> Posizione errata labbra a riposo <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Separate a riposo <input type="checkbox"/> Trappola labiale <input type="checkbox"/> Difficoltà a serrarle <input type="checkbox"/> Incompetenza labiale</div> <input type="checkbox"/> Buccinatori allargati
Note:	Note:	Note:	Note:

Valutazione Respirazione BFT (Vedi Allegato A)	Abitudini viziate	Valutazione ATM
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <b>TRATTENERE IL RESPIRO</b>            BHT - Da fermo <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span> sec. NB3 - 3 Minuti         </div> <div style="width: 45%;"> <b>RESPIRARE CON IL NASO</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>Si <input type="checkbox"/></span> <span>No <input type="checkbox"/></span> </div>           PASSI - In movimento <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span> N. Passi NB10 - 10 Respiri <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span> sec.         </div> </div> <div style="margin-top: 10px;">           Note:           <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Russamento  <input type="checkbox"/> Respirazione rumorosa nel sonno  <input type="checkbox"/> Sonno disturbato  <input type="checkbox"/> Sonnolenza diurna  <input type="checkbox"/> Disturbi di concentrazione  <input type="checkbox"/> ADHD - Disturbo da deficit dell'attenzione               </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Bruxismo  <input type="checkbox"/> Tonsille ingrossate  <input type="checkbox"/> Allergia, asma  <input type="checkbox"/> Frequenti infezioni alla gola  <input type="checkbox"/> Sinusite               </div> </div> </div>	<input type="checkbox"/> <b>Nessun precedente da segnalare</b> <input type="checkbox"/> Suzione del pollice <input type="checkbox"/> Ciuccio <input type="checkbox"/> Biberon <input type="checkbox"/> Altro 	<input type="checkbox"/> Mal di testa <input type="checkbox"/> Dolore orecchie <input type="checkbox"/> Dolore collo <input type="checkbox"/> Altro 
Richiesta valutazione ORL: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Interventi precedenti ORL: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <b>Palpazione muscoli e ATM</b> Temporale <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Pterigoideo laterale <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Massetere <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R SCM <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Post cervicale <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Dolore ATM Click <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R ATM <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R	Richiesta consulto medico: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

## TEST VALUTAZIONE RESPIRAZIONE BFT - ALLEGATO A

### TEST NB3

Il test "Respirazione nasale in 3 minuti" viene utilizzato come strumento di screening per valutare la capacità del paziente di respirare attraverso il naso. È uno dei test utili per determinare la gravità di un'ostruzione alla respirazione nasale.

Durante questo test, chiediamo al paziente di tenere le labbra serrate con o senza l'ausilio di un Lip Trainer™ e di respirare attraverso il naso per tre minuti. Il Lip Trainer™ ha uno scudo orale che impedisce la capacità di respirare facilmente attraverso la bocca.

Se questo non è disponibile, è possibile richiedere al paziente di tenere un cartoncino tra le labbra. Se il paziente ha bisogno di aprire le labbra per respirare durante il test, il test non è superato.

Il paziente che non supera questo test necessita di una valutazione ORL prima di un trattamento con Myobrace o Myosa.

### TEST NB10

Il test "Respirazione nasale 10" viene utilizzato per misurare la frequenza respiratoria dei pazienti.

Per questo test chiediamo al paziente di inspirare ed espirare normalmente, ma solo dal naso: durante questo periodo, conteremo 10 respiri (n. 1 respiro = inspirazione + espirazione) e il tempo impiegato in secondi.

Per facilitare l'individuazione della respirazione del paziente, consigliamo loro di tenere una mano sul petto e l'altra sul diaframma, in modo da poter osservare il movimento delle mani.

Se il paziente ha una respirazione accelerata, completerà rapidamente i 10 respiri (in meno di 30 secondi). Il test si intende superato quando il tempo impiegato è maggiore di 50 secondi.

Qualunque risultato al di sotto di 30 secondi indica una cattiva funzione respiratoria. Uno dei punti focali del trattamento dovrebbe essere quello di rallentare questa frequenza. Si dovrebbe osservare il miglioramento di questo risultato durante l'avanzamento del trattamento.

### TEST BHT

Il test "Breath Hold Time" (Tempo di Sospensione della Respirazione) viene utilizzato per valutare la funzione respiratoria del paziente.

Durante questo test chiediamo al paziente di fare due cicli di respirazione dal naso e dopo la seconda espirazione trattenere il respiro.

Al paziente è richiesto di trattenere il respiro fino a quando non sente il bisogno di respirare senza aspettare di essere in forte disagio. Il tempo durante il quale il paziente è stato in grado di trattenere il respiro è il suo BHT ed è indicato in secondi sulla Scheda Test di valutazione paziente Myobrace (vedi pag. 40). Man mano che la funzione respiratoria migliora, il BHT aumenta.

### TEST PASSI

Anche il test "Passi" viene utilizzato per valutare la funzione respiratoria del paziente.

Per fare questo, chiediamo al paziente di inspirare ed espirare normalmente, quindi di chiudere il naso con le dita, tenere le labbra unite e camminare ad un ritmo costante il più a lungo possibile. Al paziente è richiesto di trattenere il respiro fino a quando non sente il bisogno di respirare senza aspettare di essere in forte disagio. È importante che il paziente mantenga le labbra chiuse durante questo test per garantire risultati corretti.

Durante il test è possibile utilizzare un dispositivo Myobrace o il Lip Trainer™ per garantire la tenuta delle labbra. Indicare sulla Scheda Test valutazione paziente Myobrace quanti passi sono stati fatti. Un punteggio basso indica una disfunzione respiratoria. Se il paziente ha fatto meno di 20 passi, dovrà intraprendere il programma Myosa o iniziare con un apparecchio Myobrace K0 (a seconda della gravità, dell'età del paziente e del motivo di presa in carico).