

Questionario OHIP-EDENT Personalizzato

(Impatto della salute orale sulla qualità della vita nei pazienti edentuli)

Questo questionario è stato sviluppato per comprendere come la sua condizione orale influisca sulla qualità della sua vita. Per favore, risponda alle seguenti domande indicando quanto spesso ha sperimentato ciascuna situazione negli ultimi mesi.

-
- Ha avuto difficoltà nella masticazione?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
 - Ha notato intrappolamento di cibo sotto le protesi?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
 - Ha percepito instabilità delle protesi?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
 - Ha provato dolore alle mucose sottostanti durante la masticazione?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
 - Ha sperimentato un basso comfort durante la masticazione?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
 - Ha avuto la presenza di punti dolenti?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso

- Ha trovato la sua protesi scomoda?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
- Si è sentito/a preoccupato/a durante l'indossamento della protesi?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
- Ha sperimentato una diminuita sicurezza in sé stesso/a a causa della mancanza dei denti?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
- Evita alcune tipologie di cibo?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
- Ha avuto incapacità a masticare?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
- Interrompe la masticazione a causa di difficoltà?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
- Si sente turbato/a a causa di problemi dentali?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso

Nome e Cognome _____

- Si è sentito/a in imbarazzo a causa di problemi dentali?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
- Evita di uscire a causa di problemi dentali?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
- È meno tollerante con amici e familiari?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
- È irritabile con gli altri?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
- Non riesce a godersi la compagnia degli altri?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso
- È insoddisfatto/a della vita in generale?
☐ 0 = Mai
☐ 1 = Raramente
☐ 2 = A volte
☐ 3 = Spesso
☐ 4 = Molto spesso

Data _____

Nome e Cognome _____

Domain	Subdomain	
Functional Limitation	Chewing difficulty	
	Food entrapment	
	Ill-fitting denture	
Physical pain	Painful aching in mouth	
	Eating comfort	
	Presence of sore spots	
	Uncomfortable dentures	
Psychological discomfort	Worry due dental problems	
	self-conscious due to dental problems	
Physical disability	Avoiding some types of food	
	Inability to eat	
	Interruption to eating	
Psychological disability	Upset due to dental problems	
	Embarrassed due to dental problems	
Social disability	Avoid going out	
	Less tolerant with friends and family	
	Irritable to others	
Handicap	Unable to enjoy company	
	Dissatisfaction with life in general	

Data _____