



Nordic Orofacial Test - Screening

NOT-S



NOT-S wurde entwickelt von Merete Bakke, Kopenhagen; Birgitta Bergendal, Jönköping; Anita McAllister, Linköping; Lotta Sjögren, Göteborg; und Pamela Åsten, Oslo; mit Unterstützung der Nordic Association for Disability and Oral Health, NFH.

Dieser Untersuchungsbogen kann unter www.mun-h-center.se heruntergeladen werden. Er wird mit einer bebilderten Anleitung verwendet, die über den web-shop von Mun-H-Center oder per Telefon +46 31 750 92 00 bezogen werden.

NOT-S interview

S
C
O
R
E

I	Sensorische Funktion	<p>A. Löst Zähneputzen bei Ihnen einen Würgereflex aus? Tritt das fast immer ein? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Beschreibung: Offensichtliches Unwohlsein wie Übelkeit, Erbrechen oder Verweigerung? (erhöhte Empfindlichkeit)</i></p> <p>B. Nehmen Sie so viel Essen in den Mund dass es schwierig zu kauen wird? Geschieht das jeden Tag? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Beschreibung: Weiss nicht wenn der Mund voll ist (reduzierte Empfindlichkeit).</i></p>	<input type="checkbox"/>
II	Atmung	<p>A. Benutzen Sie eine Atemhilfe? <i>Beschreibung: CPAP, Atemgerät, Sauerstoff, andere.</i> <input type="checkbox"/></p> <p>B. Schnarchen Sie sehr wenn Sie schlafen? Geschieht das fast jede Nacht? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Beschreibung: Schnarchen oder Apnoe. Betrifft nicht Symptome von Asthma oder Allergien.</i></p>	<input type="checkbox"/>
III	Gewohnheiten	<p>A. Kauen Sie täglich an Ihren Fingernägeln oder lutschen Sie an Ihren Fingern oder anderen Gegenständen? <i>Beschreibung: Gebrauch eines Schnullers oder Fingerlutschen wird nicht bewertet unter 5 Jahren.</i> <input type="checkbox"/></p> <p>B. Saugen oder beißen Sie täglich an Ihren Lippen, Ihrer Zunge oder Ihren Wangen? <input type="checkbox"/></p> <p>C. Beißen Sie während des Tages Ihre Zähne fest zusammen oder knirschen Sie tagsüber mit den Zähnen? <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
IV	Kauen und Schlucken	<p>A. Isst nicht mit dem Mund (<i>Nasensonde, Gastrotomie oder andere</i>) Überspringen Sie bitte die Fragen B-E. <input type="checkbox"/></p> <p>B. Haben Sie Schwierigkeiten Nahrung mit einer bestimmten Konsistenz zu essen? <i>Beschreibung: Allergien und spezielle Diäten wie beispielsweise Vegetarier, Veganer und Glutenfrei werden nicht berücksichtigt.</i> <input type="checkbox"/></p> <p>C. Brauchen Sie 30 Minuten oder länger für eine Hauptmahlzeit? <input type="checkbox"/></p> <p>D. Schlucken Sie grosse Bissen ohne zu Kauen? <input type="checkbox"/></p> <p>E. Verschlucken Sie sich häufig während der Mahlzeiten? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Beschreibung: Es geschieht fast bei jeder Mahlzeit.</i></p>	<input type="checkbox"/>
V	Speichelaustritt	<p>A. Haben Sie fast jeden Tag Speichel im Mundwinkel oder auf dem Kinn? <i>Beschreibung: Muss den Mund abwischen. Trifft nicht für den Schlaf zu.</i> <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
VI	Mundtrockenheit	<p>A. Müssen Sie etwas trinken um einen Keks essen zu können? <input type="checkbox"/></p> <p>B. Haben Sie einen wunden Mund oder eine wunde Zunge? <i>Beschreibung: Wiederholte Schmerzen oder ein brennendes Gefühl mindestens einmal in der Woche. Betrifft nicht Zahnschmerzen oder Blasen (oder blasenähnliche Läsionen) im Mund.</i> <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>

Name/ID:	NOT-S interview	Gesamtpunktwert	<input type="checkbox"/>
-----------------	------------------------	------------------------	--------------------------

NOT-S Untersuchung

1	Gesicht in Ruhe <i>Bild 1</i>	Beobachten Sie bitte das Bild für eine Minute. Beginnen Sie jetzt. <i>Beobachtung für eine Minute. Beurteilen Sie A-D.</i>		
	Beschreibung:	A. Asymmetrie <i>Betrifft sowohl die Knochen als auch die Weichgewebe.</i>	<input type="checkbox"/>	
	Beschreibung:	B. Abweichende Lippenposition <i>Offener Mund oder andere Abweichungen für mehr als 2/3 der Zeit.</i>	<input type="checkbox"/>	
	Beschreibung:	C. Abweichende Zungenposition <i>Zungenspitze zwischen den Zähnen sichtbar für mehr als 2/3 der Zeit.</i>	<input type="checkbox"/>	
	Beschreibung:	D. Unwillkürliche Bewegungen <i>Wiederholte unwillkürliche Bewegungen im Gesicht.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Nasenatmung <i>Bild 2</i>	A. Schliessen Sie bitte Ihren Mund und atmen Sie 5 mal tief durch die Nase (riechen). <i>Bewertung: Ist nicht fähig 5 Atemzüge durch die Nase zu machen.</i>		
		<i>Wenn der Patient nicht die Lippen schliessen kann, können Patient oder Untersucher mit den Fingern helfen die Lippen zu schliessen. Nicht beurteilen, wenn der Patient erkältet ist.</i>		<input type="checkbox"/>
3	Gesichtsausdruck <i>Bild 3</i>	A. Schliessen Sie bitte fest die Augen. <i>Bewertung: Die Gesichtsmuskeln sind nicht streng symmetrisch aktiviert.</i>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Bild 4</i>	B. Zeigen Sie bitte die Zähne. <i>Bewertung: Die Lippen und Gesichtsmuskeln sind nicht symmetrisch aktiviert, so dass die Zähne leicht sichtbar werden.</i>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Bild 5</i>	C. Versuchen Sie bitte zu pfeifen (blasen). <i>Beurteilung: Kann keinen Schmolmund machen und die Lippen symmetrisch runden.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Kaumuskel und Kieferfunktion <i>Bild 6</i>	A. Beissen Sie bitte kräftig auf Ihre Backenzähne <i>Bewertung: Es kann keine deutlich symmetrische Aktivität beobachtet werden, wenn zwei Finger auf die Kiefermuskeln gehalten werden.</i>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Bild 7</i>	B. Öffnen Sie bitte den Mund so weit Sie können <i>Bewertung: Kann den Mund nicht soweit öffnen, dass Zeige- und Mittelfinger der linken Hand des Patienten Platz fänden. Wenn die Schneidezähne fehlen, benutzen Sie die Breite von drei Fingern (Zeige-, Mittel- und Ringfinger).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Orale Bewegungsfunktionen <i>Bild 8</i>	A. Strecken Sie bitte die Zunge heraus soweit Sie können. <i>Bewertung: Kann die Zunge nicht weiter als zum Rand des Lippenrots herausstrecken.</i>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Bild 9</i>	B. Lecken Sie bitte Ihre Lippen. <i>Bewertung: Kann nicht mit der Zungenspitze die Lippen befeuchten und kann nicht die Mundwinkel erreichen.</i>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Bild 10</i>	C. Blasen Sie bitte Ihre Wangen auf und halten Sie die Luft für mindestens 3 Sekunden. <i>Bewertung: Kann nicht die Wangen aufblasen, ohne dass Luft entweicht oder ein Geräusch entsteht.</i>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Bild 11</i>	D. Öffnen Sie bitte weit Ihren Mund und sagen Sie „ah, ah, ah“ [a]. <i>Bewertung: Es kann keine deutliche Anhebung der Uvula und des weichen Gaumens beobachtet werden.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Sprechen <i>Bild 12</i>	A. Spricht nicht. Aufgabe B-C überspringen. B. Zählen Sie bitte laut bis zehn. <i>Bewertung: Die Sprache ist unklar mit einem oder mehreren unbestimmten Lauten oder ungewöhnlich nasal. Bei einem Alter von unter 5 Jahren werden R, S und SCH Laute von der Bewertung ausgeschlossen.</i>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Bild 13</i>	C. Sagen Sie bitte "pataka-pataka-pataka". <i>Bewertung: Nicht zu beurteilen bei Kindern unter 5 Jahren.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name/ID:		NOT-S Untersuchung	Gesamtpunktwert	<input type="checkbox"/>