



Nordic Orofacial Test - Screening NOT-S



O NOT-S foi desenvolvido por Merete Bakke, Copenhagen; Birgitta Bergendal, Jönköping; Anita McAllister, Linköping; Lotta Sjögren, Göteborg; and Pamela Åsten, Oslo; com a ajuda da Associação Nórdica de Disfunção e Saúde Oral, NFC.

Esta avaliação está disponibilizada no site www.mun-h-center.se.

Deve ser utilizado com o manual ilustrado que pode ser pedido através da loja virtual ou do telefone **+46 31 750 92 00**.

Nordic Orofacial Test NOT-S – exame

O NOT-S é usado quando um paciente tem dificuldade para falar, mastigar ou engolir.

A seção de anamnese é conduzida como uma entrevista estruturada. O examinador faz a pergunta, explica, e faz perguntas adicionais quando necessário, interpreta a resposta e preenche o questionário.

A entrevista do NOT-S contém seis sessões : Função Sensorial, Respiração, Hábitos, Mastigando e Engolindo, Salivação e Secura da Boca (I-VI).

O exame do NOT-S contém seis sessões: Face em Repouso, Respiração Nasal, Expressão Facial, Músculos Mastigatórios e Função Mandibular, Função motora oral e Fala (1-6).

O manual ilustrado deve ser utilizado durante o exame.

País _____

Examinador Fonoaudiólogo Dentista Médico Fisioterapeuta Outros _____

Data do exame ____/____/____

Data de nascimento ____/____/____ ♀ ♂

Nome: _____

Primeiro Diagnóstico Médico (especificar somente um): _____

Código de diagnóstico (ICD-10): _____

Posição durante o exame

Sentado

Deitado

Posição da cabeça quando sentado

Normal (reta e vertical)

Outra

Respostas com ajuda de outra pessoa

CÓDIGO PARA AVALIAÇÃO: O SCORE TOTAL DO NOT-S PODE VARIAR DE 0 A 12	X = SIM 0 = NÃO ---- = NÃO AVALIADO	SE EM UMA SESSÃO HOUVER UMA OU MAIS RESPOSTAS X, COLOQUE O SCORE 1 NA CAIXA DA COLUNA À DIREITA
--	---	---

NOT-S	SCORE TOTAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-------	---

ENTREVISTA NOT-S

		Pontuação	
I	Função Sensorial		
	A- Escovar seus dentes faz você ter ânsia de vômito? Isso acontece muitas vezes? Desconforto óbvio como enjôo, vômito, ou refluxo – aumento de sensibilidade.	<input type="checkbox"/>	
	B- Você coloca tanta comida na boca que fica difícil de mastigar? Isso acontece todo dia? Não consegue perceber quando a boca está cheia – diminuição da sensibilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	II	Respiração	
	A- Você respira normalmente ou usa algum suporte para respirar? CPAP, Oxigênio, respirador, outros.	<input type="checkbox"/>	
	B- Você ronca muito quando dorme? Isso acontece toda noite? Ronco ou apnéia; não se aplica a sintomas de asma ou alergias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III	Hábitos		
	A- Você roe as unhas, ou chupa os dedos ou outros objetos todos os dias? Hábito de sucção de chupeta e dedos não é avaliado abaixo dos 5 anos.	<input type="checkbox"/>	
	B- Você chupa ou morde seus lábios, língua ou bochechas todos os dias?	<input type="checkbox"/>	
	C- Você aperta forte seus dentes ou range eles durante o dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV	Mastigando e Engolindo		
	A- Não come com a boca Tubo nasogástrico, gastrostomia, outros – pular perguntas B-E	<input type="checkbox"/>	
	B- Você acha difícil comer alimentos com certa consistência (mais duros)? Excluir alergias e dietas especiais como vegetarianismo e intolerância ao glúten	<input type="checkbox"/>	
	C- Você demora mais do que 30 minutos para comer uma refeição completa?	<input type="checkbox"/>	
	D- Você engole grandes pedaços sem mastigar?	<input type="checkbox"/>	
	E- Você costuma tossir durante as refeições? Acontece em quase todas as refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	Salivação		
	A - Você fica com saliva no canto da boca ou escorre saliva para o queixo todos os dias? Tem que limpar a boca, não se aplica enquanto dorme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI	Secura da boca		
	A- Você precisa beber algum tipo de líquido para conseguir comer uma torrada?	<input type="checkbox"/>	
	B- Você sente dor na mucosa (pele) da boca ou na língua? Dor recorrente ou sensação de formigamento pelo menos uma vez na semana; não se aplica a dor de dente ou vesículas (lesões bolhosas) na boca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome: <u>ENTREVISTA NOT-S</u>		Soma:	

EXAME NOT-S

			Pontuação	
1	Face em repouso	Observe a figura por um minuto, começando agora. Observação de um minuto. Avalie A-D		
	Figura 1	A- Assimetria (considerar tanto osso quanto tecidos moles)	<input type="checkbox"/>	
		B- Desvio da posição dos lábios (boca aberta ou outros desvios em mais de 2/3 do tempo)	<input type="checkbox"/>	
		C-Desvio da posição da língua (ponta da língua visivelmente entre os dentes em mais de 2/3 do tempo)	<input type="checkbox"/>	
	D- Movimentos involuntários (repetidos movimentos involuntários da face)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Respiração nasal			
	Figura 2	A- Feche a boca e faça 5 profundas inspirações pelo nariz (cheire) Não consegue fazer 5 inspirações sucessivas pelo nariz. Se o paciente não consegue fechar os lábios, o paciente ou o examinador pode, manualmente ajudar a manter os lábios fechados. Não avaliar se o paciente estiver resfriado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Expressão facial			
	Figura 3	A- Feche os olhos bem forte Os músculos faciais não estão ativados, esteticamente, em simetria.	<input type="checkbox"/>	
	Figura 4	B- Mostre seus dentes Os lábios e os músculos faciais não são simetricamente ativados então os dentes são facilmente visíveis.	<input type="checkbox"/>	
	Figura 5	C- Tente assobiar/assoprar Não consegue fazer biquinho com os lábios simetricamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Músculos mastigatórios e função mandibular			
	Figura 6	A- Morda forte com seus dentes do fundo Não se pode registrar atividade simétrica quando dois dedos ficam pressionando os músculos mandibulares (m. masseter dos dois lados).	<input type="checkbox"/>	
	Figura 7	B- Abra a boca o máximo que conseguir Não consegue abrir a boca numa distância correspondente à largura do dedo indicador e do dedo do meio da mão esquerda do paciente. Se os dentes anteriores estiverem ausentes, use a largura de três dedos (indicador, dedo do meio e anelar) como medida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Função motora oral			
	Figura 8	A- Ponha sua língua para fora o quanto puder Não consegue alcançar a borda do vermelhão dos lábios com a ponta da língua.	<input type="checkbox"/>	
	Figura 9	B- Lamba os seus lábios Não consegue usar a ponta da língua para molhar os lábios e não consegue alcançar os cantos da boca.	<input type="checkbox"/>	
	Figura 10	C- Encha sua boca de ar e segure por pelo menos 3 segundos ... Não consegue encher a boca de ar sem vazamento de ar ou sem fazer barulhos.	<input type="checkbox"/>	
	Figura 11	D- Abra a boca bem grande e diga ah-ah-ah! Não se nota elevação da úvula e o palato mole é observado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Fala			
		A- Não fala Pular perguntas B-C.	<input type="checkbox"/>	
	Figura 12	B- Conte alto até 10 A fala não é clara com um ou mais sons indistinguíveis ou nasalidade anormal. Abaixo de 5 anos de idade exclua sons de R, S da avaliação.	<input type="checkbox"/>	
	Figura 13	C- Diga PATAKA, PATAKA, PATAKA Não avalie este item em crianças menores de 5 anos de idade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome:		EXAME NOT-S	Soma:	