



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 em 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, Mastigar e Engolir, 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 Terapeuta da fala 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 PONTUAÇÃO 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 A PONTUAÇÃO 1 NA CAIXA DA COLUNA À DIREITA
---	---	---

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

ENTREVISTA NOT-S

		Pontuação
I	Função Sensorial	
	A- Escovar os dentes faz-lhe ter vontade de vomitar? Isso acontece muitas vezes? Desconforto óbvio como enjôo, vômito, ou refluxo – aumento de sensibilidade.	<input type="checkbox"/>
	B- Mete muita comida na boca ao ponto de ficar difícil de mastigar? Isso acontece todos os dias? Não consegue perceber quando a boca está cheia – diminuição da sensibilidade.	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
II	Respiração	
	A- Respira normalmente ou usa algum suporte para respirar? CPAP, Oxigênio, respirador, outros.	<input type="checkbox"/>
	B- Ressona muito quando dorme? Isso acontece todas as noites? Ressonar ou apnéia; não se aplica a sintomas de asma ou alergias.	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
III	Hábitos	
	A- Roe as unhas, ou chupa nos dedos ou noutro objecto todos os dias? Hábito de sucção de chupeta e dedos não é avaliado abaixo dos 5 anos.	<input type="checkbox"/>
	B- Chupa ou morde seus lábios, língua ou bochechas todos os dias?	<input type="checkbox"/>
	C- Range ou cerra os dentes com força durante o dia?	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
IV	Mastigar e Engolir	
	A- Não come com a boca Tubo nasogástrico, gastrostomia, outros – pular perguntas B-E	<input type="checkbox"/>
	B- Tem dificuldade em comer alimentos com uma certa consistência (mais duros)? Excluir alergias e dietas especiais como vegetarianismo e intolerância ao glúten	<input type="checkbox"/>
	C- Demora mais do que 30 minutos para comer uma refeição completa?	<input type="checkbox"/>
	D- Engole pedaços grandes sem mastigar?	<input type="checkbox"/>
	E- Costuma tossir durante as refeições? Acontece em quase todas as refeições.	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
V	Salivação	
	A – Costuma ficar com saliva no canto da boca ou a saliva escorre 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- Precisa de beber algum tipo de líquido para conseguir comer uma torradas?	<input type="checkbox"/>
	B- Sente dor na mucosa (pele) da boca ou na língua? Dor recorrente ou sensação de formiguelo pelo menos uma vez por semana; não se aplica a dor de dentes ou vesículas (lesões bolhosas) na boca.	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Nome: <u>ENTREVISTA NOT-S</u>		Soma da pontuação:

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 osso e 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 inspirações profundas 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 constipado.	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
3	Expressão facial			
	Figura 3	A- Feche os olhos com força Os músculos faciais não estão activados, esteticamente, em simetria.	<input type="checkbox"/>	
	Figura 4	B- Mostre os dentes Os lábios e os músculos faciais não são simetricamente activados ficando 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 com força com os seus dentes do fundo Não se pode registrar actividade simétrica quando se pressionam os músculos mandibulares (m. masseter dos dois lados) com dois dedos.	<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 a 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 a boca de ar e contenha a respiração 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:				
<u>EXAME NOT-S</u>			Soma da pontuação:	