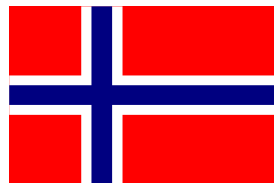




Nordisk Orofacial Test - Screening

NOT-S



NOT-S er utarbeidet av Merete Bakke, København, Birgitta Bergendal, Jönköping, Anita McAllister, Linköping, Lotta Sjögren, Göteborg og Pamela Åsten, Oslo, med støtte fra Nordisk Forening for funksjonshemming og oral Helse, NFH.

Undersøkesskjemaet kan lastes ned fra www.mun-h-center.se. Det skal brukes sammen med billedmanualen som kan bestilles gjennom Mun-H-centers nettsalg eller på tlf. +46 31 750 92 00.

NOT-S intervju

| | | | |
|-----------------|--|--------------------------|-------------------------------------|
| I | Sensorikk | | |
| | A. Brekker du deg når du pusser tennene? Skjer det nesten hver gang? | <input type="checkbox"/> | |
| | <i>Beskrivelse:</i> Åpenbare ubehag som brekning, oppkast eller vegring (økt følsomhet). | | |
| | B. Tar du så mye mat i munnen at det blir vansker med å tygge? Skjer det daglig? | <input type="checkbox"/> | |
| | <i>Beskrivelse:</i> Føler ikke når det er fullt i munnen (reduisert følsomhet). | | <input type="checkbox"/> |
| II | Pust | | |
| | A. Bruker du noen type av pustestøtte? | <input type="checkbox"/> | |
| | <i>Beskrivelse:</i> CPAP, respirator, oksygen eller annen. | | |
| | B. Snorker du mye når du sover? Skjer dette nesten hver natt? | <input type="checkbox"/> | |
| | <i>Beskrivelse:</i> Snorking eller søvnapné. Gjelder ikke plager ved astma eller allergi. | | <input type="checkbox"/> |
| III | Vaner | | |
| | A. Suger eller biter du på neglene, fingrene eller gjenstander hver dag? | <input type="checkbox"/> | |
| | <i>Beskrivelse:</i> Smokk- og fingersuging vurderes ikke under 5 års alder. | | |
| | B. Suger eller biter du på leppen, tungen eller kinnet hver dag? | <input type="checkbox"/> | |
| | C. Biter du hardt sammen eller skjærer tenner på dagtid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IV | Tygging og svelging | | |
| | A. Spiser ikke med munnen (nesesonde, gastrostomi eller annet). <i>Utelukk spørsmålene B-E.</i> | <input type="checkbox"/> | |
| | B. Har du vansker med å spise noen typer mat? | <input type="checkbox"/> | |
| | <i>Beskrivelse:</i> Utelukk allergier og spesialkost f. eks. vegetarisk, vegan, glutenfri etc. | | |
| | C. Tar det 30 minutter eller mer for deg å spise et hovedmåltid? | <input type="checkbox"/> | |
| | D. Svelger du store biter uten å tygge? | <input type="checkbox"/> | |
| | E. Hoster du ofte ved måltidene? | <input type="checkbox"/> | |
| | <i>Beskrivelse:</i> Skjer ved nesten hvert måltid. | | <input type="checkbox"/> |
| V | Sikling | | |
| | A. Får du spytt i munnviken eller på haken nesten hver dag? | <input type="checkbox"/> | |
| | <i>Beskrivelse:</i> Trenger å tørke rundt munnen. Gjelder ikke ved søvn. | | <input type="checkbox"/> |
| VI | Munntørrhet | | |
| | A. Må du drikke for å kunne spise en kjeks? | <input type="checkbox"/> | |
| | B. Har du svie i munnslimhinnen eller på tungen? | <input type="checkbox"/> | |
| | <i>Beskrivelse:</i> Gjentatt svie eller brennende smerte minst en gang per uke. Gjelder ikke tannpine eller blemmer i munnen. | | <input type="checkbox"/> |
| Navn/ID: | | NOT-S intervju | Sum <input type="checkbox"/> |

NOT-S undersøkelse

| | | | | |
|-----------------|--------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Ansikt i hvile | Du skal se på dette bildet i ett minutt. Tiden begynner nå. <i>Observasjon under til sammen 1 minutt. Vurder A-D.</i> | | |
| | Bilde 1 | A. Asymmetri | <input type="checkbox"/> | |
| | Beskrivelse: | <i>Gjelder både skjelett og bløtvev.</i> | | |
| | Bilde 2 | B. Avvikende leppeposisjon | <input type="checkbox"/> | |
| | Beskrivelse: | <i>Åpen munn eller annen avvik mer enn 2/3 av tiden.</i> | | |
| | Bilde 3 | C. Avvikende tungeposisjon | <input type="checkbox"/> | |
| | Beskrivelse: | <i>Tungespissen synlig mellom tennene mer enn 2/3 av tiden.</i> | | |
| | Bilde 4 | D. Ufrivillige bevegelser | <input type="checkbox"/> | |
| | Beskrivelse: | <i>Gjentatte ufrivillige bevegelser i ansiktet.</i> | | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Nesepust | | | |
| | Bilde 2 | A. Lukk munnen og pust dypt fem ganger gjennom nesen (lukt) | <input type="checkbox"/> | |
| | Kriterier: | <i>Klarer ikke å puste fem ganger etter hverandre gjennom nesen. Hvis pasienten ikke kan lukke leppene, kan pasienten eller fagpersonen hjelpe til med å lukke leppene med hendene. Vurderes ikke, hvis pasienten er forkjølet.</i> | | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Mimikk | | | |
| | Bilde 3 | A. Blunk hardt | <input type="checkbox"/> | |
| | Kriterium: | <i>Medfører ikke kraftig symmetrisk aktivering av ansiktsmusklene.</i> | | |
| | Bilde 4 | B. Vis tennene | <input type="checkbox"/> | |
| | Kriterium: | <i>Medfører ikke symmetrisk aktivering av leppe- og ansiktsmusklene, slik at tennene blir godt synlige.</i> | | |
| | Bilde 5 | C. Prøv å plystre (blåse) | <input type="checkbox"/> | |
| | Kriterium: | <i>Klarer ikke å trute og runde leppene symmetrisk.</i> | | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Tyggemuskel- og kjevefunksjon | | | |
| | Bilde 6 | A. Bit hardt sammen på de bakerste tennene | <input type="checkbox"/> | |
| | Kriterium: | <i>Ingen tydelig symmetrisk aktivitet kan registreres når to fingrer holdes på kjevemusklene (m. masseter på begge sider).</i> | | |
| | Bilde 7 | B. Gap opp så høyt du kan | <input type="checkbox"/> | |
| | Kriterium: | <i>Klarer ikke å gape opp tilsvarende peke- og langfingrenes bredde på pasientens venstre hånd. Hvis fortennene mangler, brukes tre fingrers bredde (peke-, lang- og ringfinger) som mål.</i> | | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Oral motorikk | | | |
| | Bilde 8 | A. Strekk ut tungen så langt du kan | <input type="checkbox"/> | |
| | Kriterium: | <i>Klarer ikke å strekke ut tungespissen utenfor det lepperøde.</i> | | |
| | Bilde 9 | B. Slikk rundt munnen | <input type="checkbox"/> | |
| | Kriterium: | <i>Klarer ikke å bevege tungespissen langs leppene og når ikke munnvikene.</i> | | |
| | Bilde 10 | C. Blås opp kinnene og hold i minst 3 sekunder. | <input type="checkbox"/> | |
| | Kriterium: | <i>Klarer ikke å blåse opp kinnene uten lekkasje av luft eller at det oppstår lyder.</i> | | |
| | Bilde 11 | D. Gap høyt opp og si ah-ah-ah [a]! | <input type="checkbox"/> | |
| | Kriterium: | <i>Ingen tydelig løfting av drøvelen og den bløte ganen kan observeres.</i> | | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Tale | | | |
| | Bilde 12 | A. Taler ikke. Utelukk oppgavene B-C. | <input type="checkbox"/> | |
| | Bilde 13 | B. Tell høyt til ti. | <input type="checkbox"/> | |
| | Kriterium: | <i>Talen er utydelig med en eller flere urene lyder eller har unormal nasal klang. Under 5 års alder ekskluderes R, S og SJ-lydene ved vurderingen.</i> | | |
| | Bilde 14 | C. Si pataka, pataka, pataka. | <input type="checkbox"/> | |
| | Kriterium: | <i>Vurderes ikke hos barn under 5 års alder.</i> | | <input type="checkbox"/> |
| Navn/ID: | | NOT-S undersøkelse | Sum | <input type="checkbox"/> |