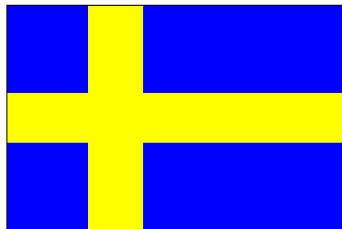




# Nordiskt Orofacialt Test - Screening

## NOT-S



*NOT-S har utarbetats av Merete Bakke, Köpenhamn, Birgitta Bergendal, Jönköping, Anita McAllister, Linköping, Lotta Sjögren, Göteborg och Pamela Åsten, Oslo med stöd av Nordisk förening för Funktionshinder och oral Hälsa, NFH.*

**Detta undersökningsformulär kan laddas ner från [www.mun-h-center.se](http://www.mun-h-center.se).**

**Används tillsammans med bildmanual som beställes via Mun-H-Centers webbförsäljning eller tel +46 31 750 92 00.**

# Nordiskt Orofacialt Test NOT-S – screening (från 3 år)

## NOT-S används vid svårigheter att tala, tugga eller svälja.

Den anamnestiska delen genomförs som en strukturerad intervju. Undersökaren ställer frågan, förklarar och frågar vidare vid behov, tolkar svaret och fyller i formuläret.

NOT-S intervju innehåller sex avsnitt – sensorik, andning, vanor, tuggning och sväljning, dregling samt muntorrhet (I-VI).

NOT-S undersökning innehåller sex avsnitt – ansiktet i vila, näsandning, mimik, tuggmuskel- och käkfunktion, oral motorik samt tal (1-6).

Bildmanualen används vid genomförande av undersökningen.

Land    DK            IS            NO            SE            SF            Annat  
                                                                                  \_\_\_\_\_

Undersökare    Logoped            Tandläkare            Läkare            Sjukgymnast            Annan  
                                                                                          \_\_\_\_\_

Undersökningsdatum            |    |    |    |    |    |    |    |  
    å    å    å    å    m    m    d    d

|              |                                      |                            |                            |
|--------------|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Födelsedatum |                                      | ♂ <input type="checkbox"/> | ♀ <input type="checkbox"/> |
|              | å    å    å    å    m    m    d    d |                            |                            |
| Namn/ID      | _____                                |                            |                            |

Medicinsk huvuddiagnos (ange endast **en**)            \_\_\_\_\_

Diagnosnummer (ICD-10):            \_\_\_\_\_

Undersökningsposition             sittande  
     liggande

Huvudställning i sittande position             normal (upprätt och rak)  
     avvikande

Svarar med hjälp av annan person           

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Kod för screening</b><br>NOT-S total score kan variera från 0 till 12 | <b>X = ja</b><br><b>0 = nej</b><br><b>– = ej bedömt</b> | <b>Om ett eller flera X markerats i ett avsnitt markeras score 1 i rutan längst till höger.</b> |
|--|---|---|

|              |  |
|--------------|--|
| <b>NOT-S</b> | <b>Total score</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|--------------|--|

## NOT-S intervju

S  
C  
O  
R  
E

|                 |   |                          |                                       |
|-----------------|---|--------------------------|---------------------------------------|
| <b>I</b>        | <b>Sensorik</b>   |                          |                                       |
|                 | A. Får du kväljningar när du borstar tänderna?<br>Händer det nästan varje gång?   | <input type="checkbox"/> |                                       |
|                 | <i>Beskrivning: Uppenbara obehag såsom kväljning, kräkning eller vägran (ökad känslighet).</i>                                  |                          |                                       |
|                 | B. Stoppas du så mycket av mat i munnen att det blir svårt att tugga?<br>Händer det dagligen?                                   | <input type="checkbox"/> |                                       |
|                 | <i>Beskrivning: Känner inte när det är fullt i munnen (minskad känslighet).</i>   |                          | <input type="checkbox"/>              |
| <b>II</b>       | <b>Andning</b>  |                          |                                       |
|                 | A. Använder du något andningsstöd?  | <input type="checkbox"/> |                                       |
|                 | <i>Beskrivning: CPAP, respirator, syrgas eller annat.</i>   |                          |                                       |
|                 | B. Snarkar du mycket när du sover?<br>Händer det nästan varje natt?   | <input type="checkbox"/> |                                       |
|                 | <i>Beskrivning: Snarkning eller sömnapné. Gäller ej besvär vid astma eller allergi.</i>   |                          | <input type="checkbox"/>              |
| <b>III</b>      | <b>Vanor</b>  |                          |                                       |
|                 | A. Suger eller biter du på naglarna, fingrarna eller föremål varje dag?   | <input type="checkbox"/> |                                       |
|                 | <i>Beskrivning: Napp och fingersugning bedöms ej under 5 års ålder.</i>   |                          |                                       |
|                 | B. Suger eller biter du på läppen, tungan eller kinden varje dag?   | <input type="checkbox"/> |                                       |
|                 | C. Biter du ihop hårt eller gnisslar du tänder på dagen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| <b>IV</b>       | <b>Tuggning och sväljning</b>   |                          |                                       |
|                 | A. Äter inte med munnen ( <i>har nässond, gastrostomi eller annat</i> ). Uteslut fråga B-E.                                     | <input type="checkbox"/> |                                       |
|                 | B. Har du svårt att äta vissa konsistenser av mat   | <input type="checkbox"/> |                                       |
|                 | <i>Beskrivning: Exkludera allergier och specialkost t ex vegetarisk, vegan, glutenfri etc.</i>                                  |                          |                                       |
|                 | C. Tar det 30 min eller mera för dig att äta ett huvudmål?  | <input type="checkbox"/> |                                       |
|                 | D. Sväljer du stora bitar utan att tugga?   | <input type="checkbox"/> |                                       |
|                 | E. Hostar du ofta vid måltiderna?   | <input type="checkbox"/> |                                       |
|                 | <i>Beskrivning: Förekommer vid nästan varje måltid.</i>   |                          | <input type="checkbox"/>              |
| <b>V</b>        | <b>Dregling</b>   |                          |                                       |
|                 | A. Får du saliv i mungipan eller på hakan nästan varje dag?   | <input type="checkbox"/> |                                       |
|                 | <i>Beskrivning: Behöver torka runt munnen. Gäller ej vid sömn.</i>  |                          | <input type="checkbox"/>              |
| <b>VI</b>       | <b>Muntorrhet</b>   |                          |                                       |
|                 | A. Måste du dricka för att kunna äta ett kex?   | <input type="checkbox"/> |                                       |
|                 | B. Har du sveda i munslemhinnan eller på tungan?  | <input type="checkbox"/> |                                       |
|                 | <i>Beskrivning: Återkommande sveda eller brännande smärta minst en gång i veckan. Gäller ej tandvärk eller blåsor i munnen.</i> |                          | <input type="checkbox"/>              |
| <b>Namn/ID:</b> |   | <b>NOT-S intervju</b>    | <b>Summa</b> <input type="checkbox"/> |

**NOT-S undersökning**

|                 |                                    |   |                          |                          |
|-----------------|------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>1</b>        | <b>Ansiktet i vila</b>             | Titta på bilden i en minut. Tiden börjar nu.  |                          |                          |
|                 | <i>Bild 1</i>                      | <i>Observation under sammanlagt 1 minut. Bedöm A-D.</i>   |                          |                          |
|                 | <i>Beskrivning:</i>                | A. Asymmetri  | <input type="checkbox"/> |                          |
|                 |                                    | <i>Gäller både skelett och mjukdelar.</i>   |                          |                          |
|                 | <i>Beskrivning:</i>                | B. Avvikande läpposition  | <input type="checkbox"/> |                          |
|                 |                                    | <i>Öppen mun eller annan avvikelse mer än 2/3 av tiden.</i>   |                          |                          |
|                 | <i>Beskrivning:</i>                | C. Avvikande tungposition   | <input type="checkbox"/> |                          |
|                 |                                    | <i>Tungspetsen synlig mellan tänderna mer än 2/3 av tiden.</i>  |                          |                          |
|                 | <i>Beskrivning:</i>                | D. Ofrivilliga rörelser   | <input type="checkbox"/> |                          |
|                 |                                    | <i>Upprepade ofrivilliga rörelser i ansiktet.</i>   |                          | <input type="checkbox"/> |
| <b>2</b>        | <b>Näsandning</b>                  |   |                          |                          |
|                 | <i>Bild 2</i>                      | A. Stäng munnen och ta fem djupa andetag genom näsan (lukta).   |                          |                          |
|                 | <i>Kriterium:</i>                  | <i>Klarar inte att andas 5 ggr i följd genom näsan.</i>   |                          |                          |
|                 |                                    | <i>Om läpparna inte kan slutas får patienten eller undersökaren hjälpa till att sluta läpparna manuellt. Bedöms inte om patienten är förkyld.</i>                                   |                          | <input type="checkbox"/> |
| <b>3</b>        | <b>Mimik</b>                       |   |                          |                          |
|                 | <i>Bild 3</i>                      | A. Blunda hårt  | <input type="checkbox"/> |                          |
|                 | <i>Kriterium:</i>                  | <i>Medför inte en kraftig symmetrisk aktivering av ansiktsmusklerna.</i>  |                          |                          |
|                 | <i>Bild 4</i>                      | B. Visa tänderna  | <input type="checkbox"/> |                          |
|                 | <i>Kriterium:</i>                  | <i>Medför inte en symmetrisk aktivering av läpp- och ansiktsmuskler så tänderna är väl synliga.</i>   |                          |                          |
|                 | <i>Bild 5</i>                      | C. Försök att vissla (blåsa)  | <input type="checkbox"/> |                          |
|                 | <i>Kriterium:</i>                  | <i>Kan inte symmetriskt truta och runda läpparna.</i>   |                          | <input type="checkbox"/> |
| <b>4</b>        | <b>Tuggmuskel- och käkfunktion</b> |   |                          |                          |
|                 | <i>Bild 6</i>                      | A. Bit ihop hårt på de bakersta tänderna  | <input type="checkbox"/> |                          |
|                 | <i>Kriterium:</i>                  | <i>Ingen tydlig symmetrisk aktivitet registreras när två fingrar hålls på käkmusklerna (musculus masseter på båda sidor).</i>   |                          |                          |
|                 | <i>Bild 7</i>                      | B. Gapa så stort du kan   | <input type="checkbox"/> |                          |
|                 | <i>Kriterium:</i>                  | <i>Kan inte gapa motsvarande pek- och långfingrarnas bredd på patientens vänstra hand. Om framtänderna saknas används tre fingrars bredd (pek-, lång- och ringfinger) som mått.</i> |                          | <input type="checkbox"/> |
| <b>5</b>        | <b>Oral motorik</b>                |   |                          |                          |
|                 | <i>Bild 8</i>                      | A. Räck ut tungan så långt du kan.  | <input type="checkbox"/> |                          |
|                 | <i>Kriterium:</i>                  | <i>Kan inte nå med tungspetsen utanför det läpproda.</i>  |                          |                          |
|                 | <i>Bild 9</i>                      | B. Slicka runt munnen   | <input type="checkbox"/> |                          |
|                 | <i>Kriterium:</i>                  | <i>Kan inte föra tungspetsen längs läpparna och når inte mungiporna.</i>  |                          |                          |
|                 | <i>Bild 10</i>                     | C. Blås upp kinderna och håll kvar minst 3 sek.   | <input type="checkbox"/> |                          |
|                 | <i>Kriterium:</i>                  | <i>Kan inte blåsa upp kinderna utan läckage av luft eller att det uppstår ljud.</i>   |                          |                          |
|                 | <i>Bild 11</i>                     | D. Gapa stort och säg ah-ah-ah [a]!   | <input type="checkbox"/> |                          |
|                 | <i>Kriterium:</i>                  | <i>Ingen tydlig höjning av gomspenen och mjuka gommen kan iakttas.</i>  |                          | <input type="checkbox"/> |
| <b>6</b>        | <b>Tal</b>                         |   |                          |                          |
|                 | <i>Bild 12</i>                     | A. Talar inte. Uteslut uppgifterna B-C.   | <input type="checkbox"/> |                          |
|                 |                                    | B. Räkna högt till tio  | <input type="checkbox"/> |                          |
|                 | <i>Kriterium:</i>                  | <i>Talet är otydligt med ett eller flera orena ljud eller onormal nasal klang. Under 5 års ålder exkluderas R, S och SJ-ljud vid bedömningen.</i>                                   |                          |                          |
|                 | <i>Bild 13</i>                     | C. Säg pataka, pataka, pataka.  | <input type="checkbox"/> |                          |
|                 | <i>Kriterium:</i>                  | <i>Bedöms ej hos barn under 5 års ålder.</i>  |                          | <input type="checkbox"/> |
| <b>Namn/ID:</b> |                                    | <b>NOT-S undersökning</b>   | <b>Summa</b>             | <input type="checkbox"/> |