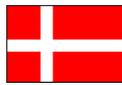




# Nordic Orofacial Test - Screening

## NOT-S



*NOT-S è stato ideato da Merete Bakke, Copenhagen; Birgitta Bergendal, Jönköping; Anita McAllister, Stockholm; Lotta Sjögren, Göteborg; and Pamela Åsten, Oslo; con la collaborazione del Nordic Association for Disability and Oral Health, NFH.*

**Questa scheda valutativa può essere scaricata da [www.mun-h-center.se](http://www.mun-h-center.se).**

**Da utilizzare con il manuale illustrato che può essere ordinato via Mun-H-Center's web shop o telefono +46 10 4417980.**

# Nordic Orofacial Test NOT-S – Screening (da 3 anni)

**NOT-S è utilizzato quando un paziente ha difficoltà nel parlare, masticare o deglutire.**

La sezione anamnestica viene condotta come una intervista strutturata. L'esaminatore fa una domanda, la spiega e fa domande aggiuntive quando necessarie, interpreta la risposta e compila il modulo.

L'intervista NOT-S contiene sei sezioni: funzioni sensoriali, respirazione, vizi orali, masticazione e deglutizione, scialorrea e secchezza orale (I-VI).

L'esame obiettivo NOT-S contiene sei sezioni: faccia a riposo, respirazione nasale, mimica facciale, muscoli masticatori e funzione della mandibola, funzioni motorie orali ed eloquio (1-6).

Il manuale illustrato va utilizzato durante la valutazione.

Esaminatore    Logopedista     Dentista     Medico     Fisioterapista     Altro  \_\_\_\_\_

Data della valutazione    | | | | | | | |  
   a   a   a   a   m   m   g   g

Data di nascita		♂ <input type="checkbox"/>	♀ <input type="checkbox"/>
	a   a   a   a   m   m   g   g		
Nome e Cognome	_____		

Diagnosi medica primaria (specificarne solo una) \_\_\_\_\_

Codice diagnostico ICD-10 \_\_\_\_\_

Posizione durante esame     seduto  
    sdraiato

Posizione capo durante esame (se seduto):     normale (testa dritta)  
    altro

Risponde con l'aiuto di un'altra persona   

<b>Codifica per lo screening:</b> il punteggio totale per il NOT-S varia da 0 a 12	<b>X = si</b> <b>0 = no</b> <b>- = non valutato</b>	<b>Se ci sono una o più</b> <b>risposte X in una sezione,</b> <b>attribuire punteggio 1 al</b> <b>riquadro più a destra.</b>
--	---	---

<b>NOT-S</b>	<b>Punteggio totale</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--------------	---

# Intervista NOT-S

S  
C  
O  
R  
E

<b>I</b>	<b>Funzione sensoriale</b>	<p>A. Spazzolare i denti elicita il riflesso del vomito? Accade quasi ogni volta? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Descrizione: Evidenti disagi quali nausea, vomito o rifiuto (aumentata sensibilità)</i></p> <p>B. Mette così tanto cibo in bocca che masticare diventa difficile? Succede ogni giorno? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Descrizione: non sa quando la bocca è piena (ridotta sensibilità)</i> <input type="checkbox"/></p>	
<b>II</b>	<b>Respirazione</b>	<p>A. Utilizza qualche ausilio respiratorio? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Descrizione: CPAP, respiratore, ossigeno, altro.</i></p> <p>B. Russa molto durante il sonno? Succede quasi ogni notte? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Descrizione: Russare o apnea. Non applicabile in caso di asma o allergie.</i> <input type="checkbox"/></p>	
<b>III</b>	<b>Vizi Orali</b>	<p>A. Mangia le unghie, succhia le dita o altri oggetti ogni giorno? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Descrizione: l'utilizzo del ciuccio o succhiare le dita non viene valutato per bambini sotto ai 5 anni di età.</i></p> <p>B. Succhia o morde le labbra, la lingua o le guance ogni giorno? <input type="checkbox"/></p> <p>C. Morde con forza stringendo i denti o digrigna durante il giorno? <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
<b>IV</b>	<b>Masticazione e deglutizione</b>	<p>A. Non si alimenta per os (SNG, gastrostomia o altro). Saltare domanda B-E. <input type="checkbox"/></p> <p>B. Trova difficile mangiare cibi di determinate consistenze? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Descrizione: Escludere allergie e diete particolari quali vegetariani, vegani e senza glutine.</i></p> <p>C. Impiega 30 minuti o più per mangiare un pasto principale? <input type="checkbox"/></p> <p>D. Ingoia bocconi grandi senza masticare? <input type="checkbox"/></p> <p>E. Tossisce spesso durante i pasti? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Descrizione: Succede quasi a tutti i pasti.</i> <input type="checkbox"/></p>	
<b>V</b>	<b>Scialorrea</b>	<p>A. Ha saliva nell'angolo labiale o sul mento quasi tutti i giorni? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Descrizione: Bisogno di asciugare la bocca. Non applicabile se il paziente sta dormendo.</i> <input type="checkbox"/></p>	
<b>VI</b>	<b>Secchezza orale</b>	<p>A. Necessita di bere per riuscire a mangiare un cracker? <input type="checkbox"/></p> <p>B. Ha dolore sulle mucose del cavo orale o sulla lingua? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Descrizione: Dolore ricorrente o sensazione di bruciore almeno una volta alla settimana. Non applicabile per mal di denti o vesciche (lesioni) nel cavo orale.</i> <input type="checkbox"/></p>	
<b>Nome e Cognome:</b>		<b>Intervista NOT-S</b>	<b>Somma</b> <input type="checkbox"/>

# NOT-S esame obiettivo

S  
C  
O  
R  
E

<b>1 Faccia a riposo</b> Guarda la foto per un minute. Inizia ora.		<input type="checkbox"/>
Immagine 1	Osservazione per un tempo totale di un minute (Valuta A-D).	
Descrizione:	A. Asimmetria <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
	Concerne sia lo scheletro, che i tessuti molli	
Descrizione:	B. Deviazione posizione labiale <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
	Bocca aperta o altre deviazioni più di 2/3 delle volte.	
Descrizione:	C. Deviazione posizione linguale <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
	Punta della lingua è visibile tra i denti più di 2/3 delle volte.	
Descrizione:	D. Movimenti involontari <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
	Ripetuti movimenti involontari del volto.	<input type="checkbox"/>
<b>2 Respirazione nasale</b>		
Immagine 3	A. Chiudere la bocca e inspirare profondamente 5 volte attraverso il naso (annusare) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Criterio:	Non è in grado di fare 5 inspirazioni in sequenza dal naso.	
	Se il paziente non può chiudere le labbra, il paziente stesso o l'esaminatore può aiutare la chiusura labiale. Non valutabile se il paziente è raffreddato.	<input type="checkbox"/>
<b>3 Espressione facciale (mimica)</b>		
Immagine 3	A. Chiudere gli occhi con forza. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Criterio:	La muscolatura facciale non si contrae simmetricamente con forza.	
Immagine 4	B. Mostrare i denti <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Criterio:	Le labbra e la muscolatura facciale non si attivano simmetricamente pertanto i denti sono ben in vista.	
Immagine 5	C. Provare a fischiare (soffio) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Criterio:	Non è in grado di fare espressione imbronciata e arrotondare le labbra simmetricamente.	<input type="checkbox"/>
<b>4 Muscoli masticatori e funzionamento della mandibola</b>		
Immagine 6	A. Mordere con forza con i denti posteriori tänderna <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Criterio:	Non si registra una marcata attività simmetrica dei muscoli masticatori (muscolo massetere di entrambi i lati) se vengono poggiate due dita sulla mandibola.	
Immagine 7	B. Spalancare la bocca il più possibile <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Criterio:	Non è in grado di aprire la bocca di una misura equivalente alla somma della larghezza dell'indice e del medio della mano sinistra del paziente. In caso di assenza dei denti anteriori utilizzare la misura corrispondente alla larghezza di tre dita (indice, anulare e medio).	<input type="checkbox"/>
<b>5 Funzioni motorie orali</b>		
Immagine 8	A. Tirare fuori il più possibile la lingua dalla bocca <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Criterio:	Non supera il bordo del vermiglio labiale con la punta della lingua.	
Immagine 9	B. Leccare le labbra <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Criterio:	Non si osserva una marcata elevazione dell'uvula e del palato molle.	
Immagine 10	C. Gonfiare le guance e trattenere per almeno 3 secondi <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Criterio:	Non è in grado di gonfiare le guance senza fuga d'aria o senza fare rumore.	
Immagine 11	D. Spalancare la bocca e dire "a" "a" "a" [a] <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Criterio:	Non si osserva una marcata elevazione dell'uvula e del palato molle.	<input type="checkbox"/>
<b>6 Eloquio</b>		
Immagine 12	A. Non parla. Saltare B-C. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Criterio:	L'eloquio è poco chiaro, caratterizzato da uno o più suoni indistinti o risonanza nasale anomala. Sotto i cinque anni escludere i suoni "r" e "s" dalla valutazione.	<input type="checkbox"/>
Immagine 13	C. Dica pataka, pataka, pataka <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Criterio:	Non valutabile per bambini inferiori a 5 anni di età.	<input type="checkbox"/>
<b>Nome e Cognome:</b>		<input type="checkbox"/>
<b>NOT-S esame obiettivo</b>		<b>Somma</b> <input type="checkbox"/>