



Nordic Orofacial Test - Screening

NOT-S



NOT-S' in geliştiricileri Merete Bakke, Kopenhag; Birgitta Bergendal, Jönköping; Anita McAllister, Linköping; Lotta Sjögreen, Göteborg; ve Pamela Asten, Oslo; olmakla birlikte Norveç Engelli ve Ağız Sağlığı Birlięi' nin katkılarıyla hazırlanmıştır.

Bu değerlendirme www.mun-h-center.se adresinden indirilebilir. Kullanıma hazır resimler Mun-H-Center'in web adresinden ya da telefonla +46 31 750 92 00 numarasıyla sipariş edilebilir.

Nordik Orofasiyal Test NOT-S – Tarama (3 Yaş Üstü)

NOT-S konuşma, çiğneme ve yutkunma zorluğu olan hastalarda kullanılır.

Anamnez bölümü kapsamlı bir görüşme üzerine kurgulanmıştır. Araştırmacı bir soru sorar, açıklar ve gerekirse ek sorular sorar, cevabı yorumlar ve formu doldurur.

NOT-S anamnez kısmı altı bölüm içerir: duyuşal fonksiyon, solunum, alışkanlıklar, çiğneme ve yutkunma, salya akışı ve ağız kuruluğu (I-VI).

NOT-S muayene kısmı altı bölüm içerir: istirahat pozisyonunda yüzün durumu, burun solunumu, yüz ifadesi, çiğneme kasları ve çene fonksiyonu, oral motor fonksiyon ve konuşma (1-6).

Muayene sırasında resimli broşür kullanılmalıdır.

Ülke Danimarka İzlanda Norveç İsveç Güney Afrika Türkiye Diğer

Araştırmacı Konuşma Terapisti Diş Hekimi Doktor Fizyoterapist Diğer

Muayene Tarihi | | | | | | | | | |
G G A A Y Y Y Y

Doğum Tarihi		K	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>
	G G A A Y Y Y Y				
Adı Soyadı	_____				

Primer Tıbbi Tanı (yalnızca spesifik biri) _____

Tanı Kodu (ICD-10) _____

Muayene Pozisyonu Oturarak
 Yatarak

Otururken Baş Pozisyonu Normal (dik ve düz)
 Diğer

Bir Başkasının Yardımıyla Soruları Cevaplıyor

Tarama Kodu NOT-S toplam skoru 0-12 arasında değışebilir	X = Evet 0 = Hayır -- = Değerlendirilemedi	Bir bölümde bir ya da birden fazla X cevabı varsa en sağdaki kutuya 1 yazınız.
--	---	--

NOT-S	Toplam Skor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--------------	--

NOT-S Anamnez

I Duyusal Fonksiyon		
	A. Dişlerinizi fırçalarken kusma refleksiniz oluyor mu? Bu hemen hemen her zaman meydana geliyor mu?	<input type="checkbox"/>
Açıklama:	<i>Mide bulantısı, kusma veya reflü gibi bariz bir rahatsızlık(artmış hassasiyet).</i>	
	B. Ağızınıza çiğnemedede zorlanacağınız kadar fazla miktarda yiyecek aldığınız oluyor mu? Bu hergün oluyor mu?	<input type="checkbox"/>
Açıklama:	<i>Ağzın ne zaman dolu olduğunu bilmiyor(azalmış hassasiyet).</i>	<input type="checkbox"/>
II Solunum		
	A. Herhangi bir solunum desteği kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>
Açıklama:	<i>CPAP, solunum cihazı, boksijen, diğer.</i>	
	B. Uyurken çok fazla horluyor musunuz? Bu hemen hemen her gece meydana geliyor mu?	<input type="checkbox"/>
Açıklama:	<i>Horlama veya apne. Astım veya alerji semptomları olan hastalarda geçerli değildir.</i>	<input type="checkbox"/>
III Alışkanlıklar		
	A. Tırnak yemek veya parmak ya da başka bir objeyi emmek gibi hergün tekrarlayan bir alışkanlığınız var mı?	<input type="checkbox"/>
Açıklama:	<i>5 yaş altında emzik kullanımı ve parmak emme değerlendirmeye dahil değildir.</i>	
	B. Dudak, dil veya yanak ısırma ya da emmek gibi hergün tekrarlayan bir alışkanlığınız var mı?	<input type="checkbox"/>
	C. Gün boyunca dişlerinizi sıkıyor veya gıcırdatıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>
IV Çiğneme ve Yutkunma		
	A. Ağızdan beslenmiyor (nazogastrik tüp, gastrostomi veya diğer) B-E sorularını atlayınız.	<input type="checkbox"/>
	B. Normal kıvamdaki yiyecekleri çiğnerken zorlanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>
Açıklama:	<i>Alerji veya vejeteryan, vegan veya glutensiz diyetler gibi özel diyetler değerlendirmeye alınmamalıdır.</i>	
	C. Bir ana yemeği yemeniz 30 dakika veya daha fazla sürüyor mu?	<input type="checkbox"/>
	D. Büyük lokmaları çiğnmeden yutuyor musunuz?	<input type="checkbox"/>
	E. Yemek sırasında sık sık öksürüyor musunuz?	<input type="checkbox"/>
Açıklama:	<i>Neredeyse her öğünde oluyor.</i>	<input type="checkbox"/>
V Salya Akışı		
	A. Hemen hemen hergün ağızınızın köşesinde veya çenenizde tükürük oluyor mu?	<input type="checkbox"/>
Açıklama:	<i>Ağızını silme ihtiyacı vardır. Uykuda olan salya akışı dahil edilmez.</i>	<input type="checkbox"/>
VI Ağız Kuruluğu		
	A. Bir kraker yiyebilmek için içeceğe ihtiyaç duyuyor musunuz?	<input type="checkbox"/>
	B. Ağız içinizde ya da dil yüzeyinizde ağrıdan şikayetçi misiniz?	<input type="checkbox"/>
Açıklama:	<i>En az haftada bir kez tekrar eden ağrı veya yanma hissi Diş ağrısı veya ağızda vezikülleri (baloncuk şeklinde lezyonlar) olan hastalarda geçerli değildir.</i>	<input type="checkbox"/>
Ad:	NOT-S Anamnez	TOPLAM <input type="checkbox"/>

NOT-S Klinik Muayene

S
K
O
R

1	İstirahat Pozisyonunda Yüzün Durumu		
	Şimdi,1 dakika boyunca resme bakınız.		
1. Resim	1 dakika boyunca hastanın gözlenmesi. A-D değerlendiriniz.		
Açıklama:	A. Asimetri	<input type="checkbox"/>	
	Hem yumuşak dokuları hem de iskeletsel yapıyı ilgilendirir.		
Açıklama:	B. Deviasyona uğramış dudak	<input type="checkbox"/>	
	İzleme süresinin 2/3 ünden fazlasında açık ağız ve diğer deviasyonlar		
Açıklama:	C. Deviasyona uğramış dil	<input type="checkbox"/>	
	İzleme süresinin 2/3 ünden fazlasında dil ucu dişler arasında görülmektedir		
Açıklama:	D. İstemsiz hareketler	<input type="checkbox"/>	
	Tekrarlanan istemsiz yüz hareketleri		<input type="checkbox"/>
2	Burun Solunumu		
2. Resim	A. Ağızınızı kapatın ve 5 kere burnunuzdan derin nefes alın (koklayın).		
Kriter:	Peş peşe 5 kere burundan nefes alamıyor.		
	Eğer hasta dudaklarını kapatamıyorsa; kendisi ya da muayene eden kişi el yardımıyla kapatmaya yardımcı olabilir. Soğuk algınlığı olan hastalarda uygulamayın.		<input type="checkbox"/>
3	Yüz Mimikleri		
3. Resim	A. Gözlerinizi sıkı bir şekilde kapatın	<input type="checkbox"/>	
Kriter:	Yüz kasları simetrik bir şekilde aktive olamıyor		
4. Resim	B. Dişlerinizi gösterin	<input type="checkbox"/>	
Kriter:	Dudak ve yüz kasları, dişleri gösterecek kadar simetrik olarak aktive olamamıştır.		
5. Resim	C. Islık çalmayı deneyin	<input type="checkbox"/>	
Kriter:	Dudaklarını öne doğru ya da yuvarlak biçimine getiremiyor.		<input type="checkbox"/>
4	Çiğneme Kasları ve Çene Fonksiyonu		
6. Resim	A. Arka dişlerinizle sıkıca ısırın.	<input type="checkbox"/>	
Kriter:	İki parmak çiğneme kaslarının üzerinde tutulduğunda (her iki taraftaki masseter kasları) hiçbir belirgin simetrik aktivite kaydedilemez.		
7. Resim	B. Ağızınızı açabildiğiniz kadar geniş bir şekilde açın	<input type="checkbox"/>	
Kriter:	Sol elinin işaret ve orta parmağını ağızına sokabilecek kadar ağızını açamıyor. Eğer ön dişleri kayıpsa yüzük parmağı da dahil, 3 parmağını ağızına alabilecek kadar açamıyor.		<input type="checkbox"/>
5	Oral Motor Fonksiyon		
8. Resim	A. Dilinizi dışarı çıkarabildiğiniz kadar çıkarın	<input type="checkbox"/>	
Kriter:	Hasta dilin ucuyla, Vermillion hattının ötesine ulaşamıyor.		
9. Resim	B. Dudaklarınızı yalayın	<input type="checkbox"/>	
Kriter:	Dil ucunu dudaklarını ıslatmak için kullanamıyor ve ağız köşesine yetişemiyor.		
10. Resim	C. Yanaklarınızı şişirin ve en az 3 saniye öyle kalın	<input type="checkbox"/>	
Kriter:	Hava sızdırmadan veya ses çıkarmadan yanaklarını şişiremiyor.		
11. Resim	D. Ağızınızı geniş bir şekilde açın ve "ah-ah-ah" [a] deyin	<input type="checkbox"/>	
Kriter:	Uvula ve yumuşak damakta belirgin bir yükselme gözlemlenmiyor.		<input type="checkbox"/>
6	Konuşma		
12. Resim	A. Konuşamıyor (B-C'yi atlayın)	<input type="checkbox"/>	
Kriter:	Bazı sesler belirsizdir ve konuşma anlaşılmaz, ya da burundan konuşma problemi vardır.5 yaş altında R,S ve TH seslerini değerlendirmeyin.		
13. Resim	B. Yüksek sesle 10'a kadar sayın	<input type="checkbox"/>	
Kriter:			
	C. Pataka, Pataka, Pataka söyleyin	<input type="checkbox"/>	
Kriter:	5 yaş altındaki çocuklara uygulamayın.		<input type="checkbox"/>
Ad:	NOT-S MUAYENE	TOPLAM	<input type="checkbox"/>