

APPENDIX B

Data dell'osservazione: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">DD</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">MM</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">YY</div> </div>		Centre No.: <input style="width: 30px;" type="text"/>
		Subject No.: <input style="width: 30px;" type="text"/>

Questionario sulla tollerabilità, compliance ed effetti collaterali del BVL

Sta ancora utilizzando il BVL?	
<p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Quante notti lo usa?</p> <p><input type="checkbox"/> Tutte le notti</p> <p><input type="checkbox"/> Da 4 a 6 notti alla settimana</p> <p><input type="checkbox"/> Da 1 a 3 notti alla settimana</p> <p><input type="checkbox"/> Meno di una notte alla settimana</p> <p style="text-align: center;">Per quanto tempo lo usa?</p> <p><input type="checkbox"/> Tutta la notte</p> <p><input type="checkbox"/> Più di metà notte</p> <p><input type="checkbox"/> Metà notte</p> <p><input type="checkbox"/> Meno di metà notte</p> <p style="text-align: center;">Quanto è soddisfatto del BVL?</p> <p><input type="checkbox"/> Molto soddisfatto</p> <p><input type="checkbox"/> Moderatamente soddisfatto</p> <p><input type="checkbox"/> Moderatamente insoddisfatto</p> <p><input type="checkbox"/> Molto insoddisfatto</p> <p style="text-align: center;">Ha avuto problemi legati all'uso del BVL?</p> <p><input type="checkbox"/> Mai</p> <p><input type="checkbox"/> Meno di una volta alla settimana</p> <p><input type="checkbox"/> Da 1 a 3 volte alla settimana</p> <p><input type="checkbox"/> Da 4 a 6 volte alla settimana</p> <p><input type="checkbox"/> Tutti i giorni</p>	<p style="text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Per quanto tempo lo ha usato?</p> <p style="text-align: center;">_____ giorni _____ settimane</p> <p style="text-align: center;">Ha intrapreso trattamenti alternativi per le apnee in sonno?</p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Se sì, specifichi quale:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Perché ha interrotto l'utilizzo del BVL? (più di una risposta possibile)</p> <p><input type="checkbox"/> Scarso/nessun effetto</p> <p><input type="checkbox"/> Dolore articolare</p> <p><input type="checkbox"/> Dolore muscolare</p> <p><input type="checkbox"/> Dolore gengivale</p> <p><input type="checkbox"/> Dolore linguale</p> <p><input type="checkbox"/> Peggioramento delle apnee</p> <p><input type="checkbox"/> Perdita di peso e conseguente riduzione delle apnee</p> <p><input type="checkbox"/> Trattamento alternativo (es: CPAP)</p> <p><input type="checkbox"/> Perdita del BVL</p> <p><input type="checkbox"/> Claustrofobia</p> <p><input type="checkbox"/> Difficoltà alla deglutizione</p> <p><input type="checkbox"/> Secchezza delle fauci (xerostomia)</p> <p><input type="checkbox"/> Ipersalivazione (scialorrea)</p> <p><input type="checkbox"/> Altro:</p> <p style="text-align: center;">_____</p>

Ha sperimentato uno o più dei seguenti effetti collaterali durante l'uso del BVL?							
<i>Effetto collaterale</i>	<i>Frequenza</i>				<i>Gravità</i>		
	Mai	Raramente	A volte	Spesso	Lieve	Moderata	Severa
Difficoltà a masticare al mattino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salivazione eccessiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secchezza delle fauci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal di testa al mattino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tensione/dolore ai denti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tensione/dolore alla lingua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tensione/dolore alle gengive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tensione/dolore all'articolazione temporo-mandibolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senso di soffocamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilità di uno o più denti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modificazione del morso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data dell'osservazione: DD MM YY <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Centre No.: <input type="text"/> <input type="text"/>
	Subject No.: <input type="text"/> <input type="text"/>

Ha notato l'insorgenza di uno o più dei seguenti effetti collaterali da quando ha iniziato a usare il BVL?		
	SI	NO
Tensione/dolore quando sbadiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"blocco" o "click" della mandibola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficoltà a chiudere la mandibola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficoltà/dolore quando parla, mastica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolore alla masticazione di cibi particolarmente duri (es: mele)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rumori proveniente dalla mandibola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rigidità mandibolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affaticabilità/stanchezza mandibolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolore all'orecchio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolore al collo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolore ai denti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modificazioni del morso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Scala analogica visiva per il dolore										
Indichi su questa scala da 0 a 10 (0 = nessun dolore; 10 = massimo dolore sopportabile) il grado attuale del dolore legato all'utilizzo del BVL.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Scala analogica visiva per la soddisfazione										
Indichi su questa scala da 0 a 10 (0 = totale insoddisfazione; 10 = massima soddisfazione) il grado attuale di soddisfazione legato all'utilizzo del BVL.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quanto è soddisfatto il/la suo/a partner per l'uso del BVL?				
Molto soddisfatto/a	Moderatamente soddisfatto/a	Moderatamente insoddisfatto/a	Molto insoddisfatto/a	Non applicabile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>