

DDQ-B — Questionário de Desconforto Dental (Versão Brasileira)

Identificação

Profissional: _____

Data: ____ / ____ / ____

Criança: _____

Idade: _____

Diagnóstico principal: _____

Responsável/cuidador: _____

Instruções

Marque a frequência e descreva o comportamento/queixa quando presente. Use o espaço para observações detalhadas.

DOMÍNIO 1 — Alimentação e Sono

1) Dificuldades para mastigar/alimentos duros?

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Observações:

2) Evita alimentos quentes/frios?

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Observações:

3) Problemas para dormir/sono interrompido?

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Observações:

DOMÍNIO 2 — Dor de Ouvido/Região Orofacial

4) Leva a mão ao ouvido/face ou sinaliza dor de ouvido?

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Observações:

5) Irritabilidade ligada à região da face/ouvido?

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Observações:

DOMÍNIO 3 — Escovação dos Dentes

6) Resiste ou recusa escovação?

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Observações:

7) Desconforto durante a escovação?

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Observações:

8) Evita que toquem a boca/rosto?

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Observações:

Interpretação clínica (análise por item; sem ponto de corte global)

Padrões/dominios com maior concentração de respostas:

Plano/conduita e retorno

Assinatura do profissional: _____