



# Valuta l'impatto della **sensibilità dentinale** sui tuoi pazienti

Forma breve del questionario di screening  
per la sensibilità dentinale



# La sensibilità dentinale può avere molte più conseguenze sulla vita dei tuoi pazienti di quante ci si possa aspettare

Il questionario di screening per la sensibilità dentinale (DHEQ, *Dentine Hypersensitivity Experience Questionnaire*) è un questionario sulla qualità della vita associata all'impatto della sensibilità dentinale sulla vita quotidiana.

Il DHEQ è stato sviluppato e validato da ricercatori dell'Università di Sheffield, nel Regno Unito, per valutare la **condizione specifica**, ovvero si focalizza esplicitamente sulla sensibilità dentinale e non sulla salute orale in generale.

Il DHEQ rivela in quale misura **5 aree della vita sono influenzate dalla sensibilità dentinale**: limitazioni quotidiane, comportamenti adattativi, identità personale, impatto sociale e impatto emotivo. Il questionario completo è stato riadattato e validato in forma breve.<sup>1</sup>

Queste **15 domande** possono essere sottoposte ai pazienti per determinare l'eventuale **impatto della sensibilità dentinale sulla vita di tutti i giorni**. Punteggi di risposta di 5, 6 o 7 possono evidenziare gli aspetti che stanno esercitando un impatto sulla vita quotidiana dei pazienti.

Queste informazioni possono essere usate per discutere della sensibilità dentinale con i pazienti e aiutarli a incoraggiarne la corretta gestione con soluzioni comprovate, come i dentifrici Sensodyne.

## Oltre il semplice sollievo alla sensibilità

**Fonte:** 1. Machuca, C., Baker, S.R., Su, F., Mason, S., Barlow, A., Robinson, P.G Derivation of a short form of the dentine hypersensitivity experience questionnaire. J Clin Periodontol 2014;41:46-51. doi: 10.1111/jcpe.12175. Epub 2013 Nov 19.

Questo materiale è stato specificamente sviluppato solo per dentisti e personale sanitario.

CHITA/CHSENO/0002/17 Marchi di GSK o sue licenzianti. ©2019 GSK o sue licenzianti.



## Ripensando al corso dell'ultimo mese, in quale misura sei d'accordo o in disaccordo con le seguenti affermazioni?

Scegli una sola risposta per ogni domanda.

	Fortemente in accordo	In accordo	Lievemente in accordo	Né in accordo né in disaccordo	Lievemente in disaccordo	In disaccordo	Fortemente in disaccordo	Punti
	[ 7 ]	[ 6 ]	[ 5 ]	[ 4 ]	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]	
<b>01</b> Ho un fastidio ai denti che interferisce con il piacere di mangiare e bere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>02</b> Mi occorre più tempo per finire bere alcuni cibi o bevande a causa di questo fastidio ai denti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>03</b> Ho avuto talvolta problemi a mangiare il gelato a causa di questo fastidio ai denti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>04</b> Devo cambiare il modo di mangiare o bere alcuni alimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>05</b> Devo stare attento a come respiro quando fa freddo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>06</b> Quando mangio alcuni cibi devo assicurarmi che non tocchino certi denti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>07</b> A causa di questo fastidio ai denti impiego più tempo a finire il pasto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Gira la pagina per rispondere alle altre domande. Grazie

	Fortemente in accordo	In accordo	Lievemente in accordo	Né in accordo né in disaccordo	Lievemente in disaccordo	In disaccordo	Fortemente in disaccordo	Punti	
	[ 7 ]	[ 6 ]	[ 5 ]	[ 4 ]	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]		
<b>08</b> Sto attento a cosa mangio quando sono con gli altri a causa di questo fastidio ai denti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>09</b> So che la visita dal dentista sarà dolorosa a causa di questo fastidio ai denti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>10</b> In alcune occasioni ho provato l'ansia che qualche cibo o bevanda mi scatenasse il fastidio ai denti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>11</b> Il fastidio ai denti è stato irritante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>12</b> Il fastidio ai denti è stato snervante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>13</b> Questo fastidio ai denti mi fa sentire anziano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>14</b> Questo fastidio ai denti mi fa sentire più fragile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>15</b> Questo fastidio ai denti mi fa sentire malato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Più alto è il punteggio, maggiore è l'impatto della sensibilità dentinale sulla vita quotidiana.</b>								<b>Punteggio totale</b>	<b>/105</b>

