



FROGGYMOUTH

ЛИСТ ЗА ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО  
с FROGGYMOUTH

Фамилия: .....

Име: .....

**КОГАТО ПОЛУЧИТЕ ОПАКОВКАТА FROGGYMOUTH, ЩЕ НАМЕРИТЕ ИНСТРУКЦИИ, ОБЯСНЯВАЩИ КАК ДА ИЗПОЛЗВАТЕ УСТРОЙСТВОТО, ЗА ДА ВИ ПРЕВЕДЕ ПРЕЗ ПРОЦЕСА НА РЕХАБИЛИТАЦИЯ.**

Този лист за проследяване също ви помага да завършите протокола, като ви предоставя допълнителни въпроси, които да зададете, докато използвате устройството.

Това ще ви помогне да проследите напредъка на лечението си по-точно и ефикасно.

**ПОСЛЕДВАЩ ЛИСТ ЗА ЛЕЧЕНИЕ С FROGGYMOUTH**

Този последващ лист ще ви помогне да проследите напредъка на лечението си с устройството за функционална рехабилитация Froggymouth. Препоръчваме ви да направите оценка, когато вашето устройство Froggymouth се постави за първи път и след това отново след 3 месеца и 6 месеца, за да оцените по-добре напредъка на лечението.

За да осигурите точна оценка, важно е да попълните този лист за проследяване с пациента и/или неговите родители.

Заедно ще можете да проследите напредъка на лечението с устройството Froggymouth и да се доближите до целите си за рехабилитация!



## ПРЕГЛЪЩАНЕ

### ОЦЕНКА

Поставяне на устройството  
**T0**      След 3 месеца  
**T1**      След 6 месеца  
**T2**

Наблюдавате ли контракции на лабиоменталната мускулатура

  

• когато помолите пациента да преглъща?

  

• кога наблюдавате несъзнателно преглъщане (по време на обсъждане на факти или когато предоставяте на пациента дейност, която привлича вниманието му)?

  

Челюстите дали са в оклузия, при преглъщане?

  

Склонен ли е пациентът да търси контакт между лигавицата на устните си и езика си? Пациентът прокарва ли езика си по устните си?

  

Пациентът има ли напукани устни? Имат ли дразнене около устните?

  


## ДИШАНЕ

### ОЦЕНКА

Поставяне на устройството  
**T0**      След 3 месеца  
**T1**      След 6 месеца  
**T2**

Пациентът често ли има отворена или открената уста през деня?

  

Дишането им шумно ли е през нощта?

  

Пациентът хърка ли през нощта?

  

Пациентът се събужда със сухота в устата?

  

Пациентът отделя ли слюнка през нощта? (влажно петно върху възглавницата)

  

Пациентът има ли тъмни кръгове и блед тен?

  

Пациентът изпотява ли се през нощта?

  


## ЗАХАПКА/ДЕНТАЛЕН ПРЕГЛЕД

### ОЦЕНКА

Поставяне на устройството  
**T0**      След 3 месеца  
**T1**      След 6 месеца  
**T2**

Ако е така, тази деформация лека / умерена / значителна ли е?

  

Пациентът има ли зъбна или скелетна деформация (предна отворена захапка, задна отворена захапка, кръстосана захапка, обръната захапка, DDM и т.н.)?

• Не	• Не	• Не
• Лека	• Лека	• Лека
• Средна	• Средна	• Средна
• Значителна	• Значителна	• Значителна



## АРТИКУЛАЦИЯ / ГОВОР

### ОЦЕНКА

Поставяне на устройството  
**T0**      След 3 месеца  
**T1**      След 6 месеца  
**T2**

Забелязвате ли ниска позиция на езика?

  

Наблюдавате ли лингвална интерпозиция, когато пациентът говори?

  


## ПОВЕДЕНИЕ

### ОЦЕНКА

Поставяне на устройството  
**T0**      След 3 месеца  
**T1**      След 6 месеца  
**T2**

Пациентът все още ли мокри леглото през нощта?

  

Когато пациентите се събуждат, често ли са уморени или напротив, хиперактивни ли са? (за дете под 10 г.)

  

Пациентът все още ли се бори с липсата на внимание в училище?

  

Трудно ли е на пациента да регулира емоциите си?

  

Пациентът има ли чести заболявания или инфекции (напр. ушни инфекции)?



# ПРЕГЛЕД НА ПАЦИЕНТ, НОСЕЩ FROGGY MOUTH

## ОЦЕНКА

1 <sup>ST</sup> ПРЕГЛЕД	2 <sup>ND</sup> ПРЕГЛЕД <sup>1</sup>	3 <sup>RD</sup> ПРЕГЛЕД <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
**	***	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	****

Пациентът използва ли устройството всеки ден?

Пациентът отделя ли слюнка, докато носи устройството?

Пациентът смуче ли слюнката си шумно?

Пациентът позиционира ли лингвалния апекс в отвора на устройството?

Как диша вашият пациент? Букална, смесена с букална тенденция, смесена с назална тенденция или назална.

По време на говорното упражнение виждате ли как езикът се опитва да премине през бариерата на зъбите? Или остава на място, за да може да изпълнява функцията си за преглъщане?

1: Между 10 и 30 ден от поставяне на устройството 2: Финален

\*

Това е напълно нормално през първата седмица – постоянствайте и ще успеете!  
Действие: Ако пациентът продължава да се лигави, да вдишва шумно или ако все още позиционира лингвалния апекс в пространството на Froggy Mouth след 14 дни, препоръчайте упражнението „борба“.



\*\*

Съвет: Можете да използвате малко огледало, за да видите отвора на ноздрите и посоката на въздушния поток.

\*\*\*

Елемент за действие: ако дишането все още не е назално след 3 месеца (T1), практикувайте „упражнението за аромат“, за да стане автоматично!



\*\*\*\*

Елемент за действие: „Ако дишането все още не е назално след 3 месеца (T1), практикувайте упражнението за обоняние, за да стане автоматично!“

