

ANEXO 3: MOUTH HANDICAP IN SYSTEMIC SCLEROSIS

Este cuestionario tiene el objetivo de valorar en qué medida su compromiso de facie y boca afecta su vida diaria.

ESCALA MHISS	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Con frecuencia	Siempre
1-Tiene dificultad para abrir la boca	0	1	2	3	4
2-Tiene que evitar ciertas bebidas (soda, gaseosas, alcohol o ácidas)	0	1	2	3	4
3-Tiene problemas en la masticación	0	1	2	3	4
4-Su dentista tiene dificultad para tratar mis dientes	0	1	2	3	4
5-Presentó problemas dentarios	0	1	2	3	4
6-Sus labios se retraieron y/o sus mejillas se hundieron	0	1	2	3	4
7-Su boca está seca	0	1	2	3	4
8-Toma líquido frecuentemente	0	1	2	3	4
9-Sus comidas son las que puede comer y no las que debería comer	0	1	2	3	4
10-Tiene dificultad para hablar claramente	0	1	2	3	4
11-La apariencia de su rostro se modificó	0	1	2	3	4
12-Tiene problemas con la forma que luce su rostro	0	1	2	3	4

Escala con rangos de 0 (sin discapacidad) a 48 (máxima discapacidad)