

Nom :

Prénom :

Date :

EVALUATION du BRUXISME - QUESTIONNAIRE BRUXIq

T :

A remplir par le patient : cercler les chiffres "0" pour NON, "1", pour Oui léger, "2", pour Oui modérément, "3", pour Oui beaucoup.

	Non	Oui un peu	Oui	Oui bcp
1 Pensez vous grincer des dents en dormant ?	0	1	2	3
2 Eveillé, avez-vous tendance à grincer des dents ?	0	1	2	3
3 Eveillé, avez-vous tendance à contracter vos muscles de la mâchoire, à serrer les dents, ?	0	1	2	3
4 Eveillé, avez-vous tendance à faire bouger vos dents en serrant dessus?	0	1	2	3
5 Avez vous tendance à vous ronger les ongles ?	0	1	2	3
6 Avez vous l'habitude de mâcher du chewing-gum ?	0	1	2	3
7 Avez vous tendance à vous mâchonner la joue, la lèvre, un objet ?	0	1	2	3
8 Avez vous tendance à presser la langue, ou les lèvres, contre les dents ?	0	1	2	3
9 Avez vous tendance à respirer par la bouche ?	0	1	2	3
10 Vous arrive t'il de vous réveiller la nuit conscient que vous étiez en train de serrer les dents ?	0	1	2	3
11 Avez-vous des sensations de fatigue dans les muscles de la mâchoire au réveil ?	0	1	2	3
13 Ressentez vous le matin au réveil des dents douloureuses ou en «carton» comme anesthésiées ?	0	1	2	3
14 Avez vous un sommeil difficile ?	0	1	2	3
15 Pensez vous ronfler en dormant ?	0	1	2	3
16 Avez-vous tendance à avoir la bouche sèche au réveil ?	0	1	2	3
17 Avez-vous tendance à être fatigué au réveil, à la somnolence dans la journée ?	0	1	2	3
18 Avez vous tendance à ressentir votre environnement psycho-social comme stressant ?	0	1	2	3
19 Vous ressentez vous comme plutôt sensible sur le plan émotionnel ?	0	1	2	3
20 Avez vous tendance à absorber souvent des produits excitants (tabac, café, drogue ...etc) ?	0	1	2	3
21 Avez des problèmes d'acidité buccale (alimentation ou boissons acides, nausée, reflux...) ?	0	1	2	3
22 Ressentez vous des sensibilités un peu globales des dents ?	0	1	2	3
23 Ressentez vous des maux de tête le matin au réveil ?	0	1	2	3
24 Souffrez vous de troubles neurologiques ?	0	1	2	3
Total = BRUXIq				

EVALUATION du BRUXISME - FICHE CLINIQUE BRUXIex

A remplir par le praticien : cercler les chiffres "0" pour NON, "1", pour Oui léger, "2", pour Oui modérément, "3", pour Oui beaucoup.

	Non	Oui un peu	Oui	Oui bcp
1 Usures occlusales : indice global (abrasion, attrition, érosion..)	0	1	2	3
2 Attrition (bruxisme)	0	1	2	3
3 Abrasion (3 ème corps abrasif)	0	1	2	3
4 Erosions (chimiques)	0	1	2	3
5 Abfraction (LCNC en encoche)	0	1	2	3
6 Facettes d'usure brillantes	0	1	2	3
7 Nette densité des muscles élévateurs	0	1	2	3
8 Hypertrophie des muscles élévateurs	0	1	2	3
9 Os alvéolaire épais, exostose alvéolaire	0	1	2	3
10 Exostose goniale, calcifications péri-mandibulaires	0	1	2	3
11 Dysfonction linguale	0	1	2	3
13 Hypertrophie linguale	0	1	2	3
14 Indentement lingual	0	1	2	3
15 Ventilation orale	0	1	2	3
16 Traces de mordillement, d'aspiration (face interne des joues, des lèvres)	0	1	2	3
17 Anomalie de calage	0	1	2	3
18 Surguidage : verrouillage incisif <input type="checkbox"/> canin droit <input type="checkbox"/> canin gauche <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
19 Canine a fonctionnelle	0	1	2	3
20 Fonction de groupe de plus de 2 dents par côté	0	1	2	3
21 Limitation du mouvement d'ouverture (< 40 mm) (Valeur = mm)	0	1	2	3
22 Dyscinésie neuropathique	0	1	2	3
Total = BRUXIex				

Indication de prise en charge du bruxisme

Indice : / 12

Sévérité du bruxisme Non (0), faible (1), moyenne (2), net (3), majeur (4)	0	2	3	4
Fragilité des structures (dents, parodonte, implant, prothèse, muscles, ATM)	0	2	3	4
Importance de la réhabilitation à réaliser	0	2	3	4

Niveau de difficulté de la prise en charge

Indice : / 8

Observance attendue Excellente (0), forte (1), moyenne (2) faible (3), très faible (4)	0	2	3	4
Tensions psychologiques Non (0), faible (1), moyenne (2), net (3), majeur (4)	0	2	3	4