

Patient - Nom :

Prénom :

Adressé par : Dr.

Genre : H - F

année de naissance : (âge : )

date de l'entretien:

Profession :

N° de tél :

e-mail :

Médecin généraliste traitant :

exerçant à :

Chirurgien-dentiste traitant :

exerçant à :

**Cocher le(s) Motif(s) de votre consultation****Historique :** *bref rappel des circonstances d'apparition de votre problème*

- Douleurs au niveau des dents  
 Douleurs au niveau de la face  
 Douleurs au niveau des articulations de la mâchoire  
 Problèmes de gencive, usures, érosions des dents  
 Bruits au niveau des articulations de la mâchoire  
 Gêne ou limitation des mouvements de la mâchoire  
 Problèmes posturaux (cou, dos)  
 Problèmes d'oreille, de ronflements, d'apnées  
 Bilan pour traitement prothétique  
 Bilan pour traitement orthodontique, chirurgical  
 Autre :

**ALGIE FACIALE***(Répondre aux questions suivantes en quelques mots)*

0 : 1 : légèrement, 2 : modérément, 3 : nettement

- 1 : Ressentez-vous des douleurs au niveau de vos dents ? 0,1,2,3  
 2 : Avez-vous subi un traumatisme au niveau de la face ? 0,1,2,3  
 3 : Ressentez-vous des douleurs au niveau de la face ? 0,1,2,3  
 4 : Avez-vous fréquemment des maux de tête ? 0,1,2,3  
 5 : Ressentez-vous ces douleurs plutôt le matin ou plutôt le soir ?

**ANOMALIE POSTURALE (cou-dos)**

- 6 : Avez-vous subi un traumatisme au niveau du cou ? 0,1,2,3  
 7 : Ressentez-vous des douleurs au niveau du cou ? 0,1,2,3  
 8 : Avez-vous des crampes, une gêne, des tiraillements dans le cou ? 0,1,2,3  
 9 : Ressentez-vous des douleurs au niveau du dos ?  lombaire -  dorsal 0,1,2,3  
 10 : Dormez-vous habituellement sur le ventre ?

**DYSFONCTIONNEMENT LINGUAL- INSTABILITE MANDIBULAIRE**

- 11 : Avez-vous l'impression que vous respirez fréquemment par la bouche ? 0,1,2,3  
 12 : Avez-vous une sensation fréquente ?  de brûlures dans la bouche.....  de sécheresse (au réveil).....  
 de gonflement ?.....  d'apnée du sommeil ? 0,1,2,3  
 13 : Avez-vous l'impression de chercher une position particulière pour emboîter correctement les dents ? 0,1,2,3  
 14 : Ressentez-vous une gêne lorsque vous avalez votre salive ? 0,1,2,3  
 15 : Placez-vous souvent votre langue entre ou contre les dents ? 0,1,2,3  
 16 : Avez-vous l'impression que vos dents se sont récemment déplacées ? 0,1,2,3

**TERRAIN MYO-ARTICULAIRE**

- 17 : Vos différentes articulations sont-elles en général très souples ?.....entorse fréquente ? ..... 0,1,2,3  
 18 : Vos articulations (genou, doigt, poignet ..) font-elles en général du bruit (claquement,craquement,crépitement) ? 0,1,2,3  
 19 : Avez-vous déjà présenté des signes de maladie aux articulations (genou, poignet, cheville, épaule.....) ? 0,1,2,3  
 20 : Ressentez-vous souvent des douleurs musculaires en général ? 0,1,2,3

**ORTHODONTIE.**

- 21 : Avez-vous suivi un traitement un traitement d'alignement dentaire (orthodontie) ? 0,1  
 22 : A partir de quel âge ? Pendant combien de temps ?

**A.T.M. : articulation de la mâchoire**

- 23 : Vos articulations de la mâchoire sont-elles douloureuses au repos ?  droite,  gauche,  les deux ? 0,1,2,3  
 24 : Ressentez-vous des douleurs aux articulations surtout lorsque vous mastiquez ?  droite,  gauche,  les deux ? 0,1,2,3  
 25 : Ressentez-vous des douleurs aux articulations lorsque vous ouvrez grand la bouche ?  droite,  gauche,  les deux ? 0,1,2,3  
 26 : Vos articulations temporo-mandibulaires (de la mâchoire) font-elles du bruit ?  droite,  gauche,  les deux ? 0,1,2,3  
 27 : Vos articulations temporo-mandibulaires faisaient-elles du bruit avant votre problème ? 0,1,2,3  
 28 : Douleurs au niveau de l'articulation de la mâchoire après des soins dentaires longs, ou des anesthésies générales ? 0,1,2,3  
 29 : Avez-vous un côté préférentiel pour mastiquer ?  droit  gauche  non  je ne sais pas ?

**O.R.L.**

- 30 : Ressentez-vous des douleurs au niveau des oreilles ?  droite,  gauche,  les deux ? 0,1,2,3  
 31 : Ressentez-vous des ?  bourdonnements .....  Sifflements .....  Sensations d'oreille bouchée ..... 0,1,2,3  
 32 : Ressentez-vous des sensations de vertige ? 0,1,2,3

**PARAFONCTIONS**

- 33 : Avez-vous l'impression que vous serrez fréquemment les mâchoires ? 0,1,2,3  
 34 : Vos muscles de la mâchoire sont-ils ?  volumineux .....  durs.....  sensibles..... 0,1,2,3  
 35 : Avez-vous l'impression que vous grincez des dents ? 0,1,2,3  
 36 : Avez-vous l'habitude de mâchonner quelque chose ? ( stylo.....,  chewing-gum.....,  ongles.....) 0,1,2,3  
 37 : Vos dents sont elles usées ? 0,1,2,3  
 38 : Etes-vous d'un tempérament nerveux ? 0,1,2,3  
 39 : Avez vous des difficultés de sommeil ? 0,1,2,3  
 40 : Prenez-vous des médicaments pour dormir ? 0,1,2,3  
 41 : Avez-vous suivi un traitement pour des problèmes psychologiques, émotionnels ? 0,1,2,3

**ANTECEDENTS MEDICAUX**

- 42 : Avez-vous des problèmes vasculaires ? 0,1,2,3  
 43 : Avez-vous des problèmes neurologiques ? 0,1,2,3  
 44 : Avez-vous des problèmes hormonaux ? 0,1,2,3  
 45 : Avez-vous des problèmes osseux ? 0,1,2,3

**ANTECEDENTS THERAPEUTIQUES**

- 46 : Depuis combien de mois ressentez-vous ces phénomènes ? ..... mois, ..... ans  
 47 : En moyenne, combien de jours par mois ressentez vous ces phénomènes ? : /30  
 48 : Combien de praticiens avez-vous consulté pour les problèmes évoqués ci-dessus ? :  
 49 : Pour ce problème, avez-vous déjà bénéficié d'un traitement par ?  Kinési  meulage des dents  Collage  Gouttière  prothèse  Chirurgie .  
 50 : Prenez vous régulièrement des médicaments ?  
 Des médicaments contre la douleur ? Efficacité ? ...../10  
 51 : Avez-vous subi des extractions difficiles ? ..... Dents de sagesse ? anesthésie  locale  générale ?..... 0,1,2,3