

FICHE CLINIQUE DTM

Nom patient: _____

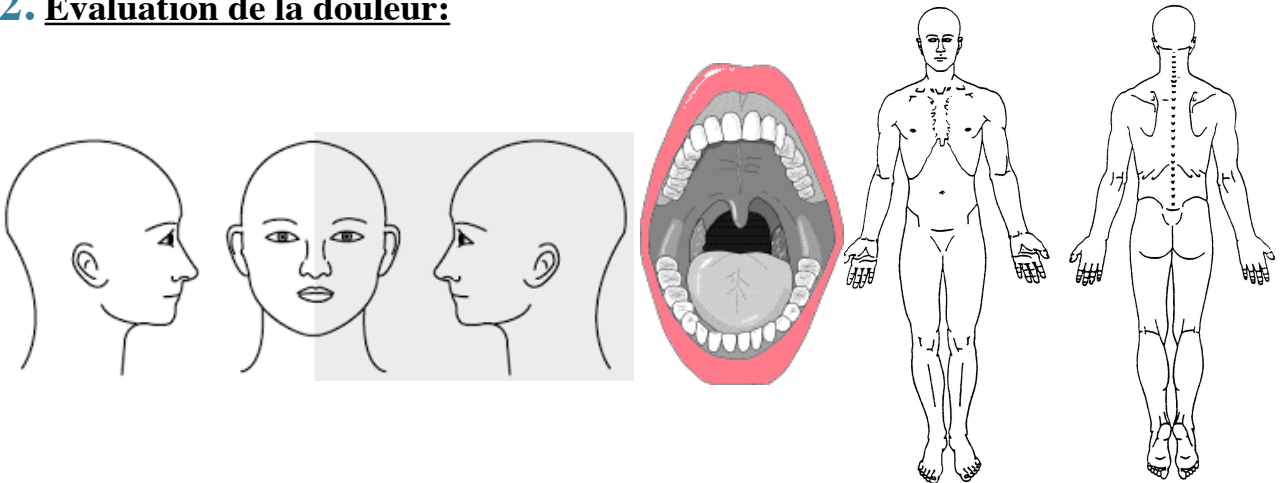
Praticien: _____

Date: ____/____/____

1. Motifs de consultation:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

2. Évaluation de la douleur:



Douleur 1: _____

EVA: ____ (fond douloureux)/ ____ (pic douloureux)

Date de début: _____

Qualité: _____

Durée: _____

Fréquence: _____

Circonstances de début: _____

Modifiée par: _____

Traitement: _____

EVA de suivi 1 (+ ____ mois): ____ (fond douloureux)/ ____ (pic douloureux)

EVA de suivi 2 (+ ____ mois): ____ (fond douloureux)/ ____ (pic douloureux)

Douleur 2: _____

EVA: _____ (fond douloureux)/ _____ (pic douloureux) Date de début: _____

Qualité: _____

Durée: _____

Fréquence: _____

Circonstances de début: _____

Modifiée par: _____

Traitement: _____

EVA de suivi 1 (+ _____ mois): _____ (fond douloureux)/ _____ (pic douloureux)

EVA de suivi 2 (+ _____ mois): _____ (fond douloureux)/ _____ (pic douloureux)

Douleur 3: _____

EVA: _____ (fond douloureux)/ _____ (pic douloureux) Date de début: _____

Qualité: _____

Fréquence: _____

Circonstances de début: _____

Modifiée par: _____

Traitement: _____

EVA de suivi 1 (+ _____ mois): _____ (fond douloureux)/ _____ (pic douloureux)

EVA de suivi 2 (+ _____ mois): _____ (fond douloureux)/ _____ (pic douloureux)

3. Environnement:

Familial: _____

Social: _____

Professionnel: _____

4. Troubles de la posture:

rachidienne: _____

céphalique: _____

5. Troubles du sommeil:

Souffrez-vous d'apnées du sommeil?

Oui

Non

Autres symptômes:

Traitement:

6. Troubles oculaires:

7. Habitudes nocives:

8. Déglutition atypique:

9. Traumatisme:

10. Observations complémentaires:

11. Palpation(s) douloureuse(s) des muscles masticateurs, des ATM et des muscles cervico-scapulaires:

	Côté droit		Côté gauche	
Muscles 1 kg	Douleur provoquée	Est-elle identique à la douleur habituelle?	Douleur provoquée	Est-elle identique à la douleur habituelle?
Temporal postérieur				
Temporal moyen				
Temporal antérieur				
Est-ce que la palpation des muscles temporaux provoque des maux de tête identiques à ceux ressentis habituellement?			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Masséter (origine angle md)				
Masséter (corps)				
Masséter (insertion)				
ATM				
Pôle latéral 0,5 kg				
Autour du pôle latéral 1 kg				
Autres muscles masticateurs 0,5 kg				
Digastrique (région md post)				
Ptérygoïdien médial (région submd)				
Aire du ptérygoïdien latéral				
Tendon du temporal				
Autres muscles cervico-scapulaires 0,5kg				
Sterno-cléido-mastoïdien				
Trapèze				
Autre(s) muscle(s):				
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

12. Rapports incisifs: Dent de référence: 11 21 31 41 Autre: _____

Surplomb horizontal: _____ mm Recouvrement vertical: _____ mm

si négatif

si négatif

Existe-t-il un décalage des milieux inter-incisif ?

Oui (_____ mm)

Non

13. Mouvements d'ouverture, latéralités et propulsion:

Ouverture non douloureuse: _____mm	Côté droit		Côté gauche	
	Douleur provoquée	Est-elle identique à la douleur habituelle?	Douleur provoquée	Est-elle identique à la douleur habituelle?
Ouv. max. non assistée: _____mm				
Ouv. max. assistée: _____mm				
Ouv. contre résistance				
Ferm. contre résistance				
Latéralité droite: _____mm				
Latéralité droite assistée: _____mm				
Latéralité droite contre résistance				
Latéralité gauche: _____mm				
Latéralité gauche assistée: _____mm				
Latéralité gauche contre résistance				
Propulsion: _____mm				
Propulsion contre résistance				

Est-ce que l'un des mouvements effectués vous a déclenché des maux de tête?

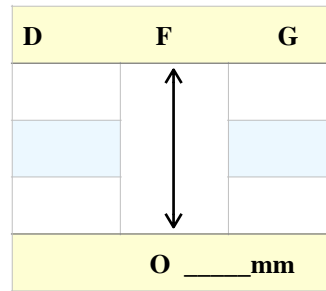
Oui Non

Si oui, le(s)quel(s)?

14. Trajet d'ouverture/fermeture:

Forme du trajet d'ouverture:

- rectiligne
- déflexion corrigée à droite
- déflexion corrigée à gauche
- déflexion non corrigée à droite
- déflexion non corrigée à gauche



15. Bruits articulaires lors des mouvements fonctionnels:

		Praticien		Patient		Douleur	Douleur habituelle
		Claquement	Crépitement	Claquement	Crépitement		
Ouverture	ATM droite						
	ATM gauche						
Fermeture	ATM droite						
	ATM gauche						
Latéralité gauche	ATM droite						
	ATM gauche						
Latéralité droite	ATM droite						
	ATM gauche						
Propulsion	ATM droite						
	ATM gauche						

16. Blocage articulaire:

Vous est-il arrivé d'être bloqué(e)? Bouche ouverte Bouche fermée
 ATM droite ATM gauche

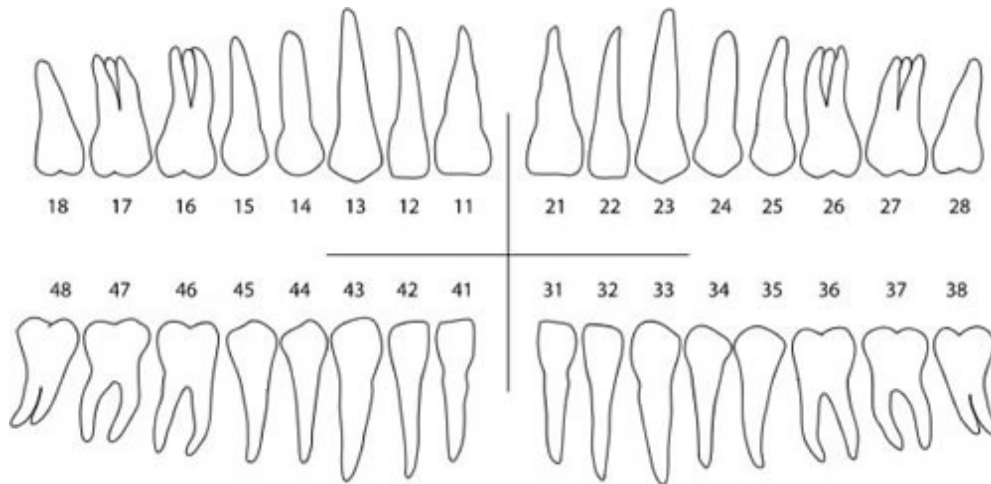
Fréquence: _____ Date du dernier épisode: _____

17. Test du bâtonnet:

		Douleur	
		Droite	Gauche
Bâtonnet	Droite		
	Gauche		

18. Élasticité articulaire: ATM droite: souple raide
ATM gauche: souple raide

19. Examen endo-buccal:



Contacts en OIM: nombreux, répartis de manière équilibrée

La position dans laquelle vous fermez vos dents vous paraît-elle confortable? Oui Non
Mastication unilatérale? Oui Non

Interférence(s) en latéralité droite: _____
Interférence(s) en latéralité gauche: _____
Interférence(s) en propulsion: _____
Prématurité(s): _____

Différentiel ORC-OIM:
dans le sens vertical: _____
dans le sens antéro-postérieur: _____
dans le sens latéral: _____

20. Usures dentaires/Bruxismes:

- Érosion (dents: _____)
- Attrition (dents: _____)
- Abrasion (dents: _____)
- Bruxisme d'éveil (diagnostic possible/probable/défini)
- Bruxisme de sommeil (diagnostic possible/probable/défini)

Informations complémentaires: _____

Praticien: _____

Date: ____/____/____

Diagnostic:

Plan de traitement:

Suivi 1:

Date: ____/____/____

Suivi 2:

Date: ____/____/____
