

# APNEA DEL SUEÑO, BRUXISMO RELACIONADO CON EL SUEÑO, EXAMEN DE TMD

Nombre del paciente:	Fecha del examen:
Dirección:	Fecha de nacimiento:
	Teléfono (H):
	Teléfono (W):
Código Postal/Zip:	Teléfono (Celular):

Referido por: \_\_\_\_\_ Laboratorio del sueño: \_\_\_\_\_

Aparatos que se usan actualmente  DSC  PDIC  PPS  DPI  Bruxismo superior  Bruxismo inferior  TMD superior  TMD inferior (type) \_\_\_\_\_  
 AOS Tipo: \_\_\_\_\_  Otro aparato: \_\_\_\_\_

Clasificación Ortodóntica: \_\_\_\_\_ SSRI, SSNRI Usar?  no  yes

Clase Dental I II III n/a División 0 1 2 Clase esquelética I II III pseudo III

Sobremordida: \_\_\_\_\_ Sobreinyección: \_\_\_\_\_

Alineación dental:

no hay aglomeración  apiñamiento leve  apiñamiento moderado  dientes perdidos, oclusión inestable

Forma facial:  ortocéfálico  bradicefálica  dolicocefalo Alba Line  no  sí  
 Simetría facial:  normales  lado izquierdo prominente  lado derecho prominente Scalloped Tongue  no  sí  
 Ancho del arco superior:  normales  angosto ( apacible  moderar  severo)  Paladar Alto Toro Palatino  no  sí (P M G)  
 Cant of Maxilla:  nivelar  le lado izquierdo inferior  lado derecho inferior Tori Mandibular  no  sí (P M G)  
 AP Tip of Maxilla:  nivelar  incisivos inferiores  incisivos más altos

Forma de la garganta:



Forma de la amígdala:



Respiración:  olfato  desembocadura  a la vez  
 Dientes perdidos no reemplazados: \_\_\_\_\_ Dientes de preocupación: \_\_\_\_\_

Contacto en cierre:  empatao  incisivos  faceta izquierdo  faceta derecha

Deslícese en el centro:  ninguno  verticalmente \_\_\_\_\_mm  trasero \_\_\_\_\_mm  faceta \_\_\_\_\_mm  faceta \_\_\_\_\_mm  anterior \_\_\_\_\_mm

Evaluación de la ATM:

Ruidos de la ATM		Faceta	Derecha
Ninguno	Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Restringido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haga clic	Temprano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intermedio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pop	Restringido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Temprano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intermedio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Restringido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disco Desplazado	Cerradura cerrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	Crepitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capsulitis	Articulación lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Articulación posterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rango de movimiento mandibular:

Rango de movimiento	mm	Dolor que queda ?	Dolor a la derecha ?
Amplia apertura		<input type="checkbox"/> myo <input type="checkbox"/> tmj	<input type="checkbox"/> myo <input type="checkbox"/> tmj
	Faceta	<input type="checkbox"/> myo <input type="checkbox"/> tmj	<input type="checkbox"/> myo <input type="checkbox"/> tmj
Derecha		<input type="checkbox"/> myo <input type="checkbox"/> tmj	<input type="checkbox"/> myo <input type="checkbox"/> tmj
Protuberancia		<input type="checkbox"/> myo <input type="checkbox"/> tmj	<input type="checkbox"/> myo <input type="checkbox"/> tmj

Desviación de la protuberancia:  ninguno  queda \_\_\_\_\_mm  derecha \_\_\_\_\_mm

Temblo mandibular presente:  ningún  sí

Coordinación del Movimiento:  normales  leve  moderada  disquinesia

Evaluación muscular:

Salud Periodontal:

Grupo muscular	Izquierda	Derecha
Temporalis	0 1 2 3 4 5 PA	0 1 2 3 4 5 PA
Masetero	0 1 2 3 4 5 PA	0 1 2 3 4 5 PA
Pterigoide Medial	0 1 2 3 4 5 PA	0 1 2 3 4 5 PA
Pterigoide lateral	0 1 2 3 4 5 PA	0 1 2 3 4 5 PA
Fenomandibularis	0 1 2 3 4 5 PA	0 1 2 3 4 5 PA
Digástrico posterior	0 1 2 3 4 5 PA	0 1 2 3 4 5 PA
Digástrico anterior	0 1 2 3 4 5 PA	0 1 2 3 4 5 PA
Esternocleidomastoideo	0 1 2 3 4 5 PA	0 1 2 3 4 5 PA
Escaleno	0 1 2 3 4 5 PA	0 1 2 3 4 5 PA
Trapezio Superior	0 1 2 3 4 5 PA	0 1 2 3 4 5 PA

PSR	Puntuación	
SD	AS	SI
ID	AI	II

0 = sin bolsillo  
 1 = 1-2mm bolsillo  
 2 = 3-4mm bolsillo  
 3 = 4-5mm bolsillo  
 4 = 5+ mm bolsillo

Derivación/terapia periodontal needed

