

APNÉE DU SOMMEIL, BRUXISME LIÉ AU SOMMEIL, EXAMEN DE LA TMD

Dossier no _____ .

Nom du patient : _____ Date de l'examen : _____ month day year
 Address: _____ Date de naissance : _____ month day year
 Téléphone (H) _____
 Téléphone (W) _____
 Postal/Zip Code: _____ Téléphone (Cellulaire) _____

Référé par: _____ Laboratoire du Sommeil: _____

Appareils électroménagers actuellement portés CUD CLD PUD PLD Bruxisme supérieur Bruxisme inférieur
 TMD supérieur TMD inférieur (type) _____
 OSA Type: _____ Other appliance: _____

Classification orthodontique: SSRI, SSNRI Utilisation? no yes
 Dentaire Classe I II III n/a Division 0 1 2 Squelettique Classe I II III pseudo III
 Sur-articulé: _____ Overjet: _____

Alignement dentaire:
 Pas d'engorgement légère affluence affluence modérée dents manquantes, occlusion instable

Forme du visage: orthocéphalique bradycéphalique dolicocephalique Linea Alba non oui
 Symétrie faciale: normal côté gauche proéminent côté droit proéminent Langue festonnée non oui
 Largeur de l'arc supérieur: normal resserré (bénins modéré sévère) Haut Palais Torus palatin non oui (P M G)
 Cant de Maxilla: égaliser côté gauche inférieur côté droit inférieur Tori mandibulaire no yes (P M G)
 AP du maxillaire supérieur égaliser incisives inférieures incisives supérieures

Forme de la gorge : Score Mallampati



Forme de l'amygdale:



Respiration: du nez Bouche tous les deux
 dents manquantes non remplacées: _____ Dents préoccupantes: _____

Contact à la fermeture: horizontal incisives sur le côté gauche sur le côté droit
 Glisser dans l'axe central: aucun verticalement _____ mm postérieur _____ mm gauche _____ mm droite _____ mm antérieur _____ mm

Évaluation de l'ATM:

Bruit TMJ		gauche	droite
None	Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Restreint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cliquez	Tôt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intermédiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pop	En retard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tôt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intermédiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En retard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disque déplacé	Serrure fermée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrite	Crépitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capsulite	Poteau latéral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Articulation postérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Amplitude Mandibulaire des Mouvements:

Amplitude de mouvement	mm	Douleur gauche ?	Douleur droite?
Bouche grande ouverte		<input type="checkbox"/> myo <input type="checkbox"/> tmj	<input type="checkbox"/> myo <input type="checkbox"/> tmj
Gauche		<input type="checkbox"/> myo <input type="checkbox"/> tmj	<input type="checkbox"/> myo <input type="checkbox"/> tmj
Droite		<input type="checkbox"/> myo <input type="checkbox"/> tmj	<input type="checkbox"/> myo <input type="checkbox"/> tmj
Protrusion		<input type="checkbox"/> myo <input type="checkbox"/> tmj	<input type="checkbox"/> myo <input type="checkbox"/> tmj

Déviations sur la protubérance: aucun à gauche _____ à droite _____

Présence d'un tremblement mandibulaire: non oui

Coordination des mouvements:
 habituel perte légère perte modérée dyskinésie

Évaluation musculaire :

Groupe musculaire	Gauche*	Droite?
Temporalis	0 1 2 3 4 5 TP	0 1 2 3 4 5 TP
Masseur	0 1 2 3 4 5 TP	0 1 2 3 4 5 TP
Ptérygoïde médial	0 1 2 3 4 5 TP	0 1 2 3 4 5 TP
Ptérygoïde latéral	0 1 2 3 4 5 TP	0 1 2 3 4 5 TP
Sphenomandibularis	0 1 2 3 4 5 TP	0 1 2 3 4 5 TP
Digastrique postérieur	0 1 2 3 4 5 TP	0 1 2 3 4 5 TP
Digastrique antérieur	0 1 2 3 4 5 TP	0 1 2 3 4 5 TP
Sternocleidomastoïde	0 1 2 3 4 5 TP	0 1 2 3 4 5 TP
Scalène	0 1 2 3 4 5 TP	0 1 2 3 4 5 TP
Trapèze supérieur	0 1 2 3 4 5 TP	0 1 2 3 4 5 TP

Santé parodontale :

Cotation PSR			0 = pas de poche
HD	SA	HG	1 = 1-2mm de poche
			2 = 3-4mm de poche
			3 = 4-5mm de poche
ID	IA	IG	4 = 5+ mm de poche

Référence parodontale/thérapie nécessaire

