

Dans le cadre de votre consultation chez le - la kinésithérapeute Maxillo-faciale pour désordres temporomandibulaires, nous vous demandons de remplir ce questionnaire d'anamnèse. Ce questionnaire sera revu avec le kinésithérapeute. Il permet une meilleure compréhension de votre problème et une prise en charge plus adaptée.

Etiquette patient

TMD-Screener

1. Durant les 30 derniers jours, avez vous ressenti des douleurs au niveau de votre visage
 - Oui
 - Non

2. Durant les 30 derniers jours, avez vous ressenti des bruits type « craquement », claquement ou crépitement au niveau de votre articulation temporomandibulaire ou dans l'oreille ?
 - Oui
 - Non

3. Durant les 30 derniers jours avez vous ressenti des blocages de la mâchoire
 - Oui
 - NON

4. Durant les 30 derniers jours, combien de temps ont duré vos douleurs de tempes/autres sites
 - Je n'ai ressenti aucune douleur
 - la douleur va et vient
 - la douleur est toujours présente

5. Durant les 30 derniers jours, avez vous ressentis des douleurs ou raideurs dans la joue au réveil?
 - Oui
 - non

6. Durant les 30 derniers jours, les activités suivantes ont-elles modifiés vos douleurs (en bien ou en mal) dans votre joue, tempe d'un côté ou l'autre?
 - Mastiquer fort ou de la nourriture dure: oui / non
 - ouvrir la bouche ou bouger la mâchoire en avant ou sur les côtés: oui / non
 - les habitudes comme serrer les dents, grincer des dents ou chiquer: oui / non
 - les autres activités comme parler, embrasser ou bâiller: oui / non

ATTENTION : si vous avez répondu NON à l'ensemble des questions ci-dessous, vous ne devez pas remplir le reste du questionnaire

Code patient :

Critères diagnostiques pour les troubles temporo-mandibulaires **Questionnaire de symptômes**

NOM PATIENT: _____

DATE: _____

DOULEUR:

1) Avez-vous déjà ressenti des douleurs dans la joue, tempe, oreille, ou en face de l'oreille d'un côté ou de l'autre?

OUI – NON

Si vous répondez non, passez à la question 5

2) Depuis combien d'années ou de mois votre douleur dans la joue, tempe, oreille, ou en face de l'oreille a-t-elle commencée la 1ère fois?

___ an(s) ___ mois

3) Durant les 30 derniers jours, laquelle des phrases suivantes décrit le mieux vos douleurs dans joue, tempe, oreille, ou en face de l'oreille? (sélectionnez une seule réponse)

- Pas de douleur
- la douleur va et vient
- la douleur est toujours présente

4) Durant les 30 derniers jours, les activités suivantes modifiaient-elles (améliorent/déterminent) vos douleurs dans joue, tempe, oreille, ou en face de l'oreille d'un côté ou l'autre?

- Mastiquer des choses dures/aliments difficiles OUI – NON
- Ouvrir la bouche, la bouger sur les côtés OUI – NON
- Les habitudes de la mâchoire comme serrer les dents, grincer, chiquer OUI – NON
- Autres activités comme parler, embrasser, bâiller OUI – NON

CEPHALEES:

5) Durant les 30 derniers jours, avez vous eu des maux de tête incluant la région des tempes?
OUI – NON

Si vous répondez non, passez à la question 8

6) Depuis combien d'années ou de mois vos céphalées ont-t-elles commencées la 1ère fois?
___ an(s) ___ mois

7) Durant les 30 derniers jours, les activités suivantes modifiaient-elles (améliorent/déterminent) vos céphalées?

- Mastiquer des choses dures/aliments difficiles OUI – NON
- Ouvrir la bouche, la bouger sur les côtés OUI – NON
- Les habitudes de la mâchoire comme serrer les dents, grincer, chiquer OUI – NON
- Autres activités comme parler, embrasser, bâiller OUI – NON

BRUITS ARTICULAIRES MACHOIRE:

8) Durant les 30 derniers jours, avez-vous ressenti des bruits articulaires en bougeant/utilisant la mâchoire?

OUI – NON –

gauche – droite – ne sait pas

BLOCAGE BOUCHE FERMEE:

9) Avez-vous déjà eu la mâchoire bloquée en fermeture, même pendant un court moment, au point de ne plus pouvoir l'ouvrir jusqu'au bout?

OUI – NON–

gauche – droite – ne sait pas

Si vous répondez non, passez à la question 13

10) Ce blocage était-il suffisamment sévère pour limiter votre ouverture bucale et interférer dans votre capacité à manger?

OUI – NON–

gauche – droite – ne sait pas

11) Durant les 30 derniers jours, votre blocage vous empêchait-il d'ouvrir la bouche complètement à certains moments, et disparaissait à d'autres moments, vous permettant d'ouvrir jusqu'au bout?

OUI – NON–

gauche – droite – ne sait pas

Si vous répondez non, passez à la question 13

12) Votre mâchoire est-elle actuellement bloquée/limitée vous empêchant de l'ouvrir jusqu'au bout?

OUI – NON–

gauche – droite – ne sait pas

BLOCAGE BOUCHE OUVERTE:

13) Durant les 30 derniers jours, avez-vous eu la mâchoire bloquée quand vous ouvrez largement la bouche, même durant un instant, vous empêchant de fermer la bouche depuis cette large ouverture?

OUI – NON–

gauche – droite – ne sait pas

Si vous répondez non, vous avez terminé

14) Durant les 30 derniers jours, lorsque votre mâchoire était bloquée dans une large ouverture, avez-vous fait quelque chose pour essayer de la refermer? Repos, bouger, pousser, faire une manoeuvre?

OUI – NON–

gauche – droite – ne sait pas