

Diag 1 Douleur musculaire

Diag 3 Désordres intra-artic > Réd

Diag 1 Douleur articulaire

Diag 3 Désordres intra-artic > Irréd

Diag 2 Céphalées en lien avec le DCM

Diag 4 Désordres dégénératifs

1a. Localisation de la douleur: lors des 30 derniers jours (sélectionnez tout ce qui s'applique)

Douleur à droite				Douleur à gauche			
<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> autres m. mastic	<input type="checkbox"/> structures non	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> autres m. mastic	<input type="checkbox"/> structures non
<input type="checkbox"/> masséter	<input type="checkbox"/> ATM		mastic	<input type="checkbox"/> masséter	<input type="checkbox"/> ATM		mastic
MUSCU				Articu			

1b. Localisation des céphalées: lors des 30 derniers jours (sélectionnez tout ce qui s'applique)

<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> autre
---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

2. Rapports incisaux: Dent de référence: 11 (US #8) 21 (US #9) Autre

Overjet (horiz)	<input type="checkbox"/> si négatif	<input type="text" value=""/>	Overbite (vertical)	<input type="checkbox"/> si négatif	<input type="text" value=""/>	Déviation de ligne médiane	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche	N/A	<input type="text" value=""/>
-----------------	-------------------------------------	-------------------------------	---------------------	-------------------------------------	-------------------------------	----------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-----	-------------------------------

3. Patron d'ouverture (en additionnel; sélectionnez tout ce qui s'applique)

<input type="checkbox"/> rectiligne	<input type="checkbox"/> déviation corrigée	déviation non corrigée	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> gauche
-------------------------------------	---	------------------------	---------------------------------	---------------------------------

4. Mouvements d'ouverture

MUSCU E4 ou E9

Articu E4 ou E5 ou E9

A Ouverture sans douleur	côté droit						Diag 2 Céphalées					
	Douleur	Douleur familière	céphalée familière		Douleur	Douleur familière	céphalée familière					
<input type="text" value=""/> mm	Temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temporal	<input type="checkbox"/>					
B Ouverture maximale non assistée	Temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temporal	<input type="checkbox"/>					
<input type="text" value=""/> mm	Masséter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Masséter	<input type="checkbox"/>					
	ATM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATM	<input type="checkbox"/>					
	ô m mastic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ô m mastic	<input type="checkbox"/>					
	S non mastic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S non mastic	<input type="checkbox"/>					
C Ouverture maximale assistée	Temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temporal	<input type="checkbox"/>					
Si irréduct > type selon	Masséter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Masséter	<input type="checkbox"/>					
< ou > 40mm ?	ATM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATM	<input type="checkbox"/>					
	ô m mastic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ô m mastic	<input type="checkbox"/>					
	S non mastic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S non mastic	<input type="checkbox"/>					
D Ouverture prématurément interrompue?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui											

5. Mouvements de latéralité et de propulsion

Articu E4 ou E5 ou E9

A Latéralité droite	côté droit						Diag 2 Céphalées					
	Douleur	Douleur familière	céphalée familière		Douleur	Douleur familière	céphalée familière					
<input type="text" value=""/> mm	Temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temporal	<input type="checkbox"/>					
	Masséter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Masséter	<input type="checkbox"/>					
	ATM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATM	<input type="checkbox"/>					
	ô m mastic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ô m mastic	<input type="checkbox"/>					
	S non mastic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S non mastic	<input type="checkbox"/>					
B Latéralité gauche	Temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temporal	<input type="checkbox"/>					
<input type="text" value=""/> mm	Masséter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Masséter	<input type="checkbox"/>					
	ATM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATM	<input type="checkbox"/>					
	ô m mastic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ô m mastic	<input type="checkbox"/>					
	S non mastic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S non mastic	<input type="checkbox"/>					
C Propulsion	Temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temporal	<input type="checkbox"/>					
<input type="text" value=""/> mm	Masséter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Masséter	<input type="checkbox"/>					
	ATM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATM	<input type="checkbox"/>					
	ô m mastic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ô m mastic	<input type="checkbox"/>					
	S non mastic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S non mastic	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> si négatif	remarques:											

6. Bruits aux ATM à l'ouverture et à la fermeture

Diag 3 Désordres intra-artic > Réd

	examineur		patient		douleur avec claq		douleur familière	
	ouverture	fermeture						
Claq.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crépit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diag 4 Désordres dégénératifs

	examineur		patient		douleur avec claq		douleur familière	
	ouverture	fermeture						
Claq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crépit.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient: SQ 8 ou patient E6 ou patient E7
Praticien: E6 complet (BO & BF) ou E6 partiel (BO ou BF) ET E7

Patient: SQ 8 ou patient E6 ou patient E7
Praticien: E6 complet ou partiel (BO ou BF) OU E7

	examineur		patient		douleur avec claq		douleur familière	
	ouverture	fermeture						
Claq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crépit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	examineur		patient		douleur avec claq		douleur familière	
	ouverture	fermeture						
Claq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crépit.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Blocage articulaire

SI Diag 3 Désordres intra-artic > AVEC blocage présent en clinique >> Manœuvre de déblocage >> Réd ou irréd??

	Blocage	Réduction	
		Patient	Examinat
Lors de l'ouverture	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouche grande ouverte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NON irréd

	Blocage	Réduction	
		Patient	Examinat
Lors de l'ouverture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bouche grande ouverte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Oui réd

9. Douleur musculaire et articulaire à la palpation

MUSCU E4 ou E9

Articu E4 ou E5 ou E9

(1kg) Côté droit

(1kg)

Diag 2 Céphalées

E4 ou E5 ou E9

	douleur	douleur familière	céphalée familière	douleur référée
Temp (post)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temp (moy)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temp (ant)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massét (orig)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Massét (corp)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Massét (insert)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	douleur	douleur familière	céphalée familière	douleur référée
Temp (post)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temp (moy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temp (ant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massét (orig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Massét (corp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Massét (ins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

ATM

ATM

	douleur	douleur familière	douleur référée
Pole latéral (0,5kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autour du pole latéral (1kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	douleur	douleur familière	douleur référée
Pole latéral (0,5kg)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autour du pole latéral (1kg)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Douleur de muscles additionnels à la palpation

(0,5kg) Côté droit

(0,5kg) Côté gauche

	douleur	douleur familière	douleur référée
Région mandibulaire post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Région sous-mandibulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aire du ptérygoïdien latéral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendon du temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	douleur	douleur familière	douleur référée
Région mandibulaire post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Région sous-mandibulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aire du ptérygoïdien latéral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendon du temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Commentaires