

Nom : ..... Prénom : ..... né(e) le : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville ..... Pays : .....

Téléphone : .....

Activités : .....

Raisons et motifs de consultations : .....

.....

## Entretien clinique

### Douleur

- face
- tête
- oreilles
- yeux
- cou

### Gnathosonies

- Claquements
- autres

### Altérations des fonctions mandibulaires

- ouverture-fermeture
- mastication
- déglutition
- fatigue , raideur musculaire

### Habitudes nocives

- onychophagie ,
- tabac ,
- grincement des dents
- crispations ...

### Traitements dentaires importants

- Prothèses
- Orthodontie
- Chirurgie
- Equilibration

### Etes-vous ou avez vous été affectés par :

- des problèmes infectieux
- des maladies cardio-vasculaires
- des maladies de sang
- des maladies respiratoires
- des maladies digestives
- céphalées habituelles
- des maladies uro-génitales
- des maladies neurologiques
- des maladies métaboliques
- des allergies
- des maladies rhumatismales
- des problèmes psychologiques
- des problèmes dermatologiques
- des problèmes hormonaux
- médications
- grossesse
- traumatismes
- chirurgie
- anesthésie générale

La façon dont vos dents se rencontrent vous paraît elle confortable?

Oui

Non

# **Examen de la denture** ( inscrire le numéro des dents affectées )

## **Atteintes dentaires**

Infectieuses : .....

Morphologiques : .....

Structures statiques : .....

Structures dynamiques: .....

Structures cinématiques : .....

## **Atteintes parodontales**

Infectieuses : .....

Morphologiques : .....

Mobilités : .....

Migrations : .....

## **Atteintes d'arcades**

dystopies verticales

dystopies sagittales

dystopies frontales :

Continuité :

Edentements :

## **Occlusion d'Intercuspidie Maximale : OIM**

Définition

Activités musculaires

Auscultation

Contacts postérieurs : nombre :.....

Contacts antérieurs : nombre .....

Dimension verticale d'occlusion altérée: .....

Classe d'Angle : .....

Mauvaises relations frontales : .....

## **Manipulation de la mandibule en Relation Centrée : RC**

Aisée

Difficile

Impossible

Glissement OIM-ORC

-sens vertical :.....mm

-sens sagittal :.....mm

-sens frontal :.....mm

## **Guide Antérieur**

Acceptable

Inefficace

Excessif

Recouvrement :.....mm

Surplomb :.....mm

Guidage en :

Interférences en :

Propulsion : .....

Propulsion :.....

Latéralité droite : .....

Latéralité droite : .....

Latéralité gauche : .....

Latéralité gauche : .....

Fonction incisive : .....

**Asymétries faciales excessives : .....**

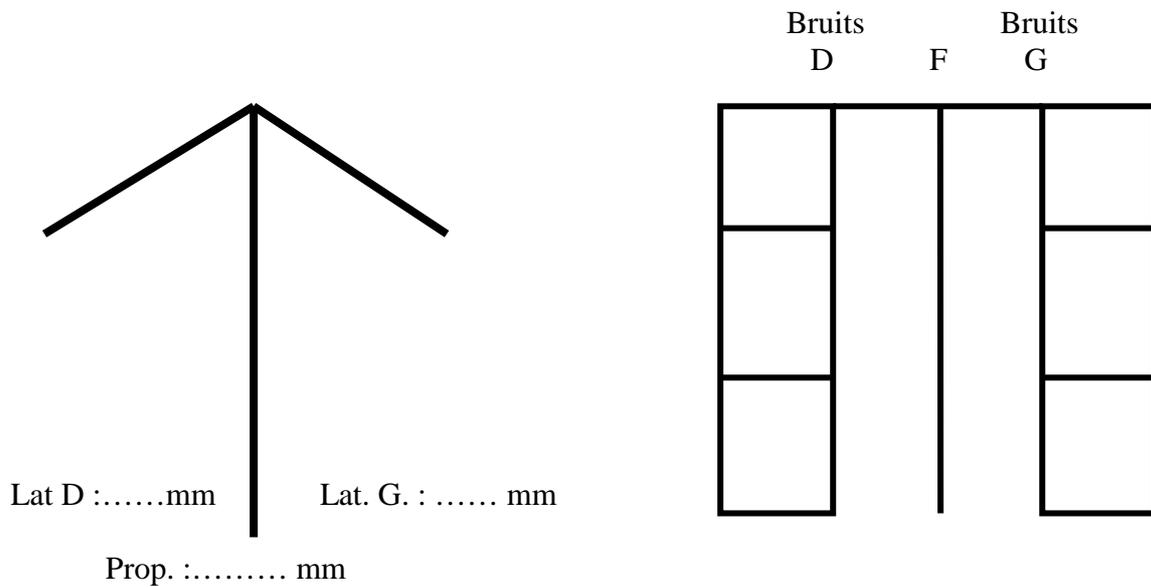
**Mouvements mandibulaires**

Abaissement ( avec recouvrement ) : .....mm

Déviations du mouvement à droite : .....mm

-à gauche:.....mm

**Diagramme de FARRAR**



Indiquer les valeurs mesurées en mm . Noter sur le diagramme de droite les déviations et ressauts lors de l'abaissement puis de l'élévation, ainsi que la position où surviennent les gnathosonies.

**Auscultation des ATM**

Claquements :

Droite

Gauche

Crépitations :

**Sensibilité à la palpation**

Des ATM :

-en inocclusion :

-lors des mouvements :

Des muscles :

-les insertions temporales :

-le corps temporal :

-le complexe ptérygoïdien :

-le masséter :

-la langue :

**Test de provocation ( Krogh Poulsen )**

Droite

Gauche

-Bâton à droite :

-Bâton à gauche :

**Conclusions :**

Pouvez-vous expliquer les doléances du patient

par les signes recueillis ? OUI :

NON :

**Diagnostic de travail :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....