

Checklist des comportements oraux

En vous basant sur **le mois dernier**, à quelle fréquence faites-vous chacune des activités suivantes?

Si la fréquence des activités varie, choisissez l'option la plus haute. Placez un (V) et ne passez aucune question.

Activités durant le sommeil	Jamais	< 1 nuit / mois	1 à 3 nuits / mois	1 à 3 nuits / sem	4 à 7 nuits / sem
-----------------------------	--------	-----------------------	--------------------------	-------------------------	-------------------------

1. Serrer ou grincer des dents quand vous êtes endormi (en vous basant sur toutes informations que vous pourriez avoir).

Activités durant les heures d'éveil.	Jamais	Rarement	La plupart du temps Parfois	Tout le temps
--------------------------------------	--------	----------	--------------------------------	---------------

2. Grincer des dents **durant les heures d'éveil**.

3. Serrer les dents **durant les heures d'éveil**.

4. Presser, toucher ou tenir les dents en contact en dehors des repas (à savoir contact entre les dents supérieures et inférieures).

5. Contracter les muscles sans que les dents soient en contact.

6. Déplacer ou maintenir la mâchoire vers l'avant ou sur le côté.

7. Presser la langue avec force contre les dents.

8. Placer la langue entre les dents.

9. Mordre, mâcher ou jouer avec votre langue, vos joues ou vos lèvres.

10. Maintenir la mâchoire dans une position rigide ou tendue, comme pour renforcer ou protéger la mâchoire.

Scoring

0 point 1 point 2 points 3 points 4 points

1/ Hypertonie nocturne (1 question)

score à 5 niveaux

0 à 4

2/ Hypertonie diurne (9 questions)

score à 37 niveaux

0 à 36