

Informations générales

Nom: _____	Prénom: _____	Age: _____	Sexe: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Etat civil: _____
Merci d'amener votre carte d'identité le jour de la consultation				
Profession: _____	Nombre d'enfant(s): _____	Etes -vous divorcé(e) ou parent seul? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Quel est le motif de votre visite? _____				
Un parent direct présente-il des symptômes similaires? _____				
Quelles sont vos attentes? _____				
<i>entourez SVP (si autre: _____)</i>				
Par qui êtes-vous adressé? _____ (médecin, dentiste, orthodontiste, ORL, ostéopathe, ...)				
Fumez-vous? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, quelle quantité? _____				
Avez-vous un de problèmes suivants? <i>A. Maladie articulaire ; B. Fibromyalgie; C. Syndrome de fatigue chronique ;</i>				
<i>D. Syndrome du colon irritable ; E. Tendance à s'évanouir ; F. Bourdonnements; G. Trouble du rythme; H. Douleur à la</i>				
<i>nuque, la colonne, le dos; I. Insomnie; J Dépression; K. Crise panique; L. Stress post-traumatique; M. Trouble anxieux;</i>				
<i>N. Reflux Gastro-oesophagien; O. Cystite interstitielle ; P. Prostatite; Q. Sensibilité multiple à des produits chimiques;</i>				
<i>R. Dysménorrhée; S. Douleur pelvienne chronique ; T. Syndrome d'apnées du sommeil</i>				
Avez-vous d'autres problèmes de santé? _____				
Quels médicaments prenez-vous régulièrement (y compris traitements hormonaux et compléments alimentaires) ?				

Pratiquez-vous une activité physique régulièrement? _____				
Avez-vous eu des <u>traumatismes</u> dans la région de la face ou du cou? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
Si oui, année(s) et circonstance(s)? _____				
Avez-vous d'autres <u>remarques</u> à formuler? _____				

Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (PSQI)

Les questions suivantes ont trait à vos habitudes de sommeil pendant le dernier mois seulement. Vos réponses doivent indiquer ce qui correspond aux expériences que vous avez eues pendant la majorité des jours et des nuits au cours du dernier mois. Répondez à toutes les questions.

1/ Au cours du mois dernier, comment évalueriez-vous globalement la qualité de votre sommeil ?

<input type="radio"/> Très bonne (0)	<input type="radio"/> Assez bonne (1)	<input type="radio"/> Assez mauvaise (2)	<input type="radio"/> Très mauvaise (3)
--------------------------------------	---------------------------------------	--	---

2/ Au cours du mois dernier, avec quelle fréquence avez-vous eu des troubles du sommeil car ...	Pas au cours du dernier mois (0)	Moins d'une fois par semaine (1)	Une ou deux fois par semaine (2)	Trois ou quatre fois par semaine (3)
Vous vous êtes réveillé au milieu de la nuit ou précocement le matin				
Vous avez dû vous lever pour aller aux toilettes				
Vous n'avez pas pu respirer correctement				
Vous avez toussé ou ronflé bruyamment				
Vous avez eu trop froid				
Vous avez eu trop chaud				
Vous avez eu de mauvais rêves				
Vous avez eu des douleurs				
Pour d'autre(s) raison(s). Donnez une description :				
3a/ Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous eu des difficultés à demeurer éveillé(e) pendant que vous conduisiez, preniez vos repas, étiez occupé(e) dans une activité sociale ?				

3b/ Au cours du mois dernier, à quel degré cela a-t-il représenté un problème pour vous d'avoir assez d'enthousiasme pour faire ce que vous aviez à faire ?

<input type="radio"/> Pas du tout un problème	<input type="radio"/> Seulement un tout petit problème	<input type="radio"/> Un certain problème	<input type="radio"/> Un très gros problème
---	--	---	---

4/ Hors PSQI > Chronicité : Concernant l'impact d'une éventuelle douleur sur votre sommeil :

1. Votre douleur faciale est-elle responsable d'altérations significatives de votre sommeil ? OUI - NON
2. Une autre douleur est-elle responsable d'altérations significatives de votre sommeil ? OUI - NON

QUESTIONNAIRE SYMPTÔMES DE DTM

Nom du patient _____ Date _____

DOULEUR

1. Avez-vous déjà eu de la douleur à la mâchoire, à la tempe, à l'intérieur de l'oreille ou devant l'oreille, d'un côté ou de l'autre? Non Oui

Si vous avez répondu NON, passez à la Question 5.

2. Il y a combien d'années ou de mois qu'a commencé pour la première fois votre douleur à la mâchoire, à la tempe, à l'intérieur de l'oreille ou devant l'oreille? _____ années _____ mois

3. Au cours des 30 derniers jours, qu'est-ce qui décrit le mieux toute douleur à votre mâchoire, à la tempe, à l'intérieur de l'oreille ou devant l'oreille, d'un côté ou de l'autre?
- Choisissez UNE réponse
- Aucune douleur
 Douleur qui vient et part
 Douleur toujours présente

Si vous avez répondu NON à la Question 3, passez à la Question 5.

4. Au cours des 30 derniers jours, est-ce que les activités suivantes ont modifié (c'est-à-dire amélioré ou aggravé) toute douleur à votre mâchoire, à la tempe, à l'intérieur de l'oreille ou devant l'oreille, d'un côté ou de l'autre?

- | | Non | Oui |
|---|--------------------------|--------------------------|
| A. Mastiquer des aliments durs ou coriaces | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Ouvrir votre bouche ou déplacer votre mâchoire vers l'avant ou de côté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Habitudes de la mâchoire tel que tenir les dents ensemble, serrer/grincer des dents, ou mâcher de la gomme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Autres activités de la mâchoire tel que parler, embrasser ou bâiller | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

MAUX DE TÊTE

5. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu des maux de tête qui comprenaient la région de la tempe? Non Oui

Si vous avez répondu NON à la Question 5, passez à la Question 8.

6. Depuis combien d'années ou de mois est-ce que vos maux de tête à la tempe ont commencé pour la première fois? _____ années _____ mois

7. Au cours des 30 derniers jours, est-ce que les activités suivantes ont modifié (c'est-à-dire amélioré ou aggravé) tout maux de tête dans la région de la tempe d'un côté ou de l'autre?

- | | Non | Oui |
|---|--------------------------|--------------------------|
| A. Mastiquer des aliments durs ou coriaces | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Ouvrir votre bouche ou déplacer votre mâchoire vers l'avant ou de côté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Habitudes de la mâchoire tel que tenir les dents ensemble, serrer/grincer des dents, ou mâcher de la gomme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Autres activités de la mâchoire tel que parler, embrasser ou bâiller | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

BRUITS ARTICULAIRES

				Usage par l'examineur		
		Non	Oui	D	G	NSP
8.	Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu n'importe quel bruit articulaire en bougeant ou utilisant la mâchoire?	<input type="checkbox"/>				
BLOCAGE FERMÉ DE LA MÂCHOIRE						
9.	Avez-vous déjà eu la mâchoire bloquée ou coincée, même pour un instant, de sorte à ne <u>pas</u> pouvoir ouvrir AU COMPLET?	<input type="checkbox"/>				
Si vous avez répondu NON à la Question 9, passez à la Question 13.						
10.	Est-ce que le blocage ou le coincement de votre mâchoire, même pour un instant, a été suffisamment grave pour limiter votre ouverture de bouche et interférer avec votre habileté à manger?	<input type="checkbox"/>				
11.	Au cours des 30 derniers jours, est-ce que votre mâchoire a bloqué pour ne pas pouvoir ouvrir COMPLÈTEMENT, même un instant, pour ensuite débloquer et pouvoir ouvrir AU COMPLET?	<input type="checkbox"/>				
Si vous avez répondu NON à la Question 11, passez à la Question 13.						
12.	Est-ce que votre mâchoire est présentement bloquée ou limitée de sorte à ne <u>pas</u> pouvoir <u>ouvrir</u> AU COMPLET?	<input type="checkbox"/>				
BLOCAGE OUVERT DE LA MÂCHOIRE						
13.	Au cours des 30 derniers jours, est-ce que votre mâchoire a bloqué ou coincé en ouvrant la bouche toute grande, même un instant, de sorte à ne <u>pas</u> pouvoir <u>fermer</u> à partir de cette position grande ouverte?	<input type="checkbox"/>				
Si vous avez répondu NON à la Question 13, vous avez terminé.						
14.	Au cours des 30 derniers jours, lorsque votre mâchoire était bloquée ou coincée grande ouverte, avez-vous eu à faire quelque chose pour fermer tel que la mettre au repos, la bouger, la pousser ou la manipuler?	<input type="checkbox"/>				

Si vous n'avez pas de douleur à proprement parler...

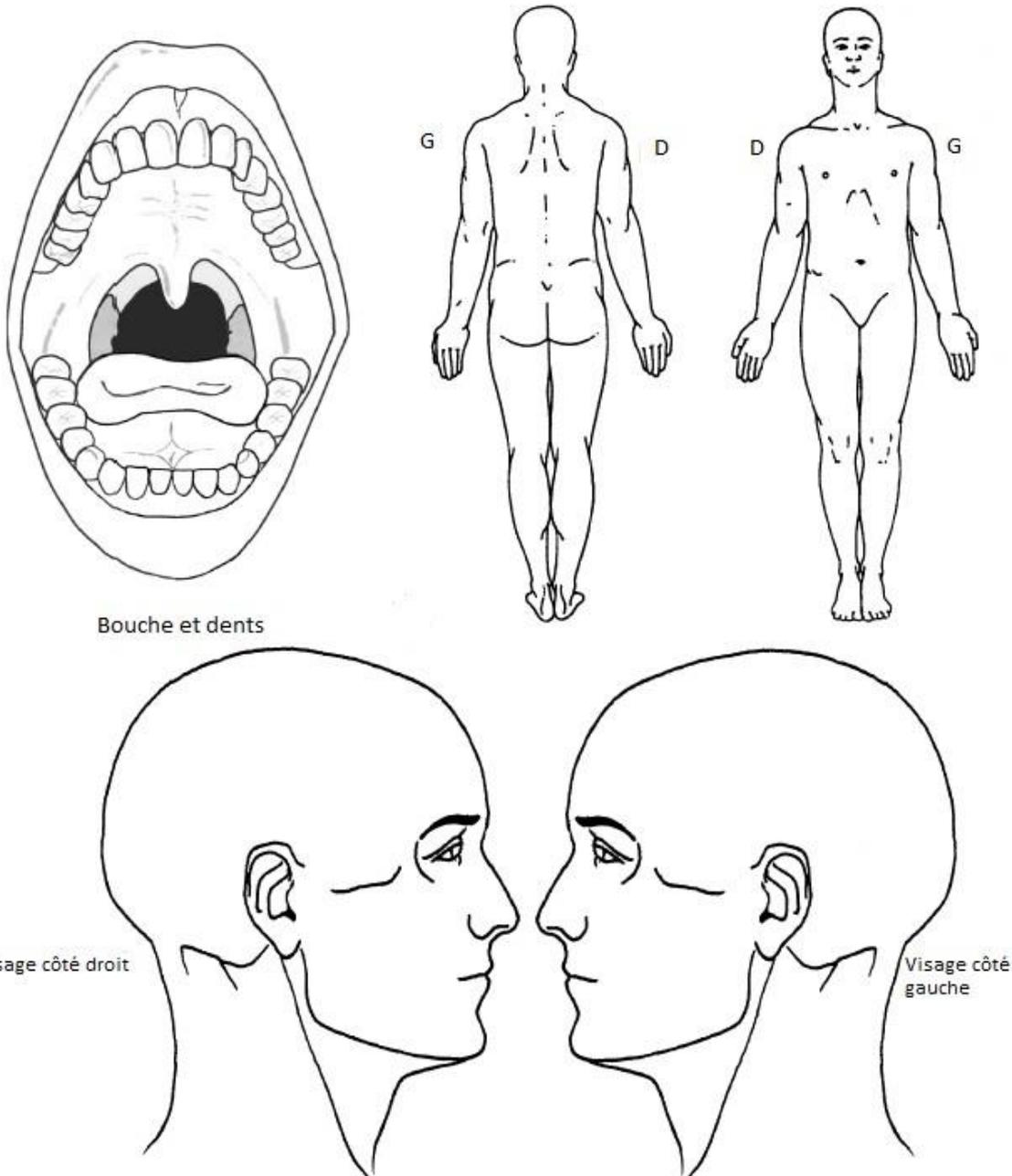
Lors du dernier mois, avez-vous eu certain(s) des symptômes suivants dans la face ou la mâchoire?

Si oui, entourez ce(s) symptôme(s).

- A. Raideur ou dureté ;
- B. Crampe ;
- C. Fatigue ;
- D. Sensation de pression ;
- E. Sensibilité anormale ;
- F. Gêne sourde

MORPHOGRAPHIE DE LA DOULEUR

Indiquez la localisation de TOUTES vos différentes douleurs en hachurant la zone sur les dessins les plus appropriés. S'il existe un point précis de localisation de la douleur, indiquez-le au moyen d'un point épais (●). Si votre douleur se déplace d'une localisation à une autre, utilisez des flèches pour montrer le trajet.



Au cours de 4 derniers semaines, dans quelle mesure une douleur non faciale (dos, cou, céphalées, douleur viscérale, etc.) a interféré avec votre capacité à travailler (incluant travaux domestiques et à l'extérieur)?

Pas du tout (1) - Un petit peu (0) - Moyennement (-1) - Beaucoup (-2) - Enormément (-3)

PHQ-15

Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été ennuyé(e) par n'importe quel des problèmes suivants? Veuillez mettre un crochet dans la case qui indique votre réponse.

	Pas ennuyé(e)	Ennuyé(e) un peu	Ennuyé(e) beaucoup
	0	1	2
1. Douleur à l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Douleur au dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Douleur aux bras, aux jambes ou aux articulations (genoux, hanches, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Douleurs menstruelles ou autres problèmes reliés à votre cycle menstruel (femmes seulement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Douleur à la poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sentir votre cœur battre fort ou très vite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Essoufflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Douleur ou problèmes lors des relations sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Constipation, selles molles ou diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nausées, flatulences ou indigestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sensation de fatigue ou avoir peu d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INVENTAIRE DES HABITUDES ORALES

A quelle fréquence faites-vous chacune des activités suivantes, en vous basant sur **le dernier mois**? Si la fréquence d'une activité varie, choisissez l'option la plus élevée. SVP répondez en plaçant un (☞) pour chaque item et ne passer aucun item.

Activités durant le sommeil		Jamais	< 1 Nuit /Mois	1-3 Nuits /Mois	1-3 Nuits /Semaine	4-7 Nuits/ Semaine
1	Serrer ou grincer des dents en dormant , en vous basant sur toute l'information que vous pouvez avoir.	<input type="checkbox"/>				
2	Dormir dans une position qui fait pression sur la mâchoire (par exemple, sur le ventre, sur le côté).	<input type="checkbox"/>				
Activités durant les heures d'éveil		Jamais	Un peu de temps	Une partie du temps	La plupart du temps	Tout le temps
3	Grincer des dents durant les heures d'éveil .	<input type="checkbox"/>				
4	Serrer les dents durant les heures d'éveil .	<input type="checkbox"/>				
5	Presser, toucher ou garder les dents ensemble quand vous ne mangez pas (c'est-à-dire, contact entre les dents du haut et du bas).	<input type="checkbox"/>				
6	Tenir, crisper ou contracter les muscles sans serrer ou rapprocher les dents ensemble.	<input type="checkbox"/>				
7	Tenir ou déplacer la mâchoire vers l'avant ou sur le côté.	<input type="checkbox"/>				
8	Presser la langue avec force contre les dents.	<input type="checkbox"/>				
9	Placer la langue entre les dents.	<input type="checkbox"/>				
10	Mordre, mordiller ou jouer avec votre langue, vos joues ou vos lèvres.	<input type="checkbox"/>				
11	Tenir la mâchoire dans une position rigide ou tendue comme pour supporter ou protéger la mâchoire.	<input type="checkbox"/>				
12	Tenir entre les dents ou mordre des objets tels que cheveux, pipe, crayon, stylo, doigts, ongles, etc.	<input type="checkbox"/>				
13	Utiliser de la gomme à mâcher.	<input type="checkbox"/>				
14	Jouer d'un instrument de musique qui requiert l'usage de la bouche ou de la mâchoire (par exemple, bois, cuivre, instruments à corde)	<input type="checkbox"/>				
15	Mettre votre main sur la mâchoire en formant un creux pour appuyer le menton dans votre main.	<input type="checkbox"/>				
16	Mâcher les aliments sur un côté seulement.	<input type="checkbox"/>				
17	Manger entre les repas (des aliments qui demandent à être mastiqués)	<input type="checkbox"/>				
18	Parler sans arrêt (par exemple, enseigner, faire de la vente, service à la clientèle).	<input type="checkbox"/>				
19	Chanter	<input type="checkbox"/>				
20	Bâiller	<input type="checkbox"/>				
21	Tenir le téléphone entre votre tête et votre épaule.	<input type="checkbox"/>				

Echelle de limitation fonctionnelle de la mâchoire

ELF 8

Pour chaque proposition ci-dessous, indiquez, s'il vous plaît, le niveau de limitation durant le mois dernier mois.

Si l'activité a été complètement évitée parce que ce fut trop difficile, entourez '10'. Si vous avez évité une activité pour des raisons autres que la douleur ou la difficulté, alors laissez la proposition vide.

		Pas de limitation								Limitation sévère			
1	Mastiquer de la nourriture dure	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2	Mastiquer du poulet (par exemple cuit au four)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3	Manger de la nourriture molle qui ne nécessite pas de mastiquer (exemples: purée, compote, pudding, nourriture en purée)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4	Ouvrir assez grand pour boire dans une tasse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5	Déglutir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6	Bâiller	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7	Parler	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8	Sourire	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Generalized Anxiety Disorder 7-item scale

GAD-7

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?		Jamais	Plusieurs jours	Plus d'un jour sur deux	Presque tous les jours
1	Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2	Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
3	Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	0	1	2	3
4	Difficulté à se détendre	0	1	2	3
5	Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	0	1	2	3
6	Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
7	Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	0	1	2	3

Si vous avez coché n'importe quel de ces problèmes, quelle difficulté ces problèmes vous ont causée pour faire votre travail, prendre soin des choses à la maison, ou vous entendre avec les autres?

Pas difficile

Plutôt difficile

Très difficile

Extrêmement difficile

PHQ-9

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été ennuyé(e) par les problèmes suivants? Veuillez mettre une croix dans la case qui indique votre réponse.

	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
	0	1	2	3
1. Avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Être triste, déprimé(e), ou désespéré(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avoir de la difficulté à vous endormir, à garder le sommeil, ou trop dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Être fatigué ou avoir peu d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avoir peu d'appétit ou trop manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Être mal dans ma peau – ou penser avoir échoué ou m'être laissé aller ou avoir laissé tomber ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avoir de la difficulté à me concentrer tel qu'en lisant le journal ou en regardant la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bouger ou parler si lentement que les autres l'ont remarqué. Ou au contraire – être tellement agité(e) ou hyperactif(ve) au point de bouger beaucoup plus qu'à l'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Penser que je serais mieux mort(e) ou songer à me faire du mal d'une façon ou d'une autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez coché n'importe quel de ces problèmes, quelle difficulté ces problèmes vous ont causée pour faire votre travail, prendre soin des choses à la maison, ou vous entendre avec les autres?

Pas du tout difficile

Plutôt difficile

Très difficile

Extrêmement difficile