

Questionnaire pour consultation ATM

Date: _____

Numéro (PID): _____ Date de naissance: _____

Référent: _____

Ce questionnaire, élaboré d'après le modèle de l'Institut Canadien de l'Occlusion, comprend 3 sections (Plainte principale, Historique des symptômes et Mandat du patient), sur 9 pages au total.

Nous vous demandons de lire attentivement les questions et d'y répondre avec le plus de précision possible. Veuillez par la suite imprimer le rapport et l'amener avec vous lors de votre prochain rendez-vous ou nous le retourner par courriel (n'oubliez pas d'indiquer ci-dessus le numéro PID qui vous a été communiqué ou si vous ne le connaissez pas, veuillez nous contacter).

I • PLAINTÉ PRINCIPALE

Qu'est-ce qui vous amène chez nous?

II • HISTOIRE

1. QUELS TYPES DE SYMPTÔMES AVEZ-VOUS ?

Maux de tête	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Parfois
Migraines	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Parfois
Cou	<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Tension	<input type="checkbox"/> Fatigue
Mâchoire (articulation)	<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Tension	<input type="checkbox"/> Fatigue
Mâchoire (muscles)	<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Tension	<input type="checkbox"/> Fatigue
Visage	<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Tension	<input type="checkbox"/> Fatigue
Épaule	<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Tension	<input type="checkbox"/> Fatigue
Haut du dos	<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Tension	<input type="checkbox"/> Fatigue
Vertiges (étourdissements)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Décrivez: _____

Dents Oui Non Parfois Décrivez: _____

Oreille Oui Non Parfois Décrivez: _____

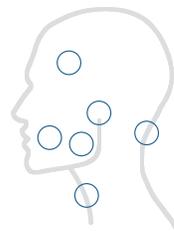
Acouphène Oui Non Parfois Décrivez: _____

Yeux Oui Non Parfois Décrivez: _____

Fibromyalgie Oui Non Parfois Décrivez: _____

2. INDIQUEZ D'UN X, LA OU LES RÉGIONS CONCERNÉES PAR LA DOULEUR

GAUCHE



DROITE



II • HISTORIQUE DES SYMPTÔMES [suite]

3. NIVEAU DE DOULEUR

Indiquez le niveau de douleur entre 0 et 10 (0 = absence de douleur, 10 = douleur intolérable)

	Meilleur moment	Pire moment	En moyenne
Maux de tête	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Migraines	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Cou / gorge	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Articulation mâchoire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Muscles mâchoire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Dents	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Oreille	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Visage	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Épaule	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Haut du dos	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. HISTORIQUE DES DOULEURS

- Maux de tête Constant Intermittent Depuis: - de 1 an 1 à 5 ans 5 à 10 ans + de 10 ans
Fréquence: Quotidien 1 à 3 fois par semaine 1 à 3 fois par mois Rarement
- Migraines Constant Intermittent Depuis: _____
Fréquence: Quotidien 1 à 3 fois par semaine 1 à 3 fois par mois Rarement
- Cou / gorge Constant Intermittent Depuis: - de 1 an 1 à 5 ans 5 à 10 ans + de 10 ans
- Mâchoire Constant Intermittent Depuis: - de 1 an 1 à 5 ans 5 à 10 ans + de 10 ans
- Dents Constant Intermittent Depuis: - de 1 an 1 à 5 ans 5 à 10 ans + de 10 ans
- Oreille Constant Intermittent Depuis: - de 1 an 1 à 5 ans 5 à 10 ans + de 10 ans
- Visage Constant Intermittent Depuis: - de 1 an 1 à 5 ans 5 à 10 ans + de 10 ans
- Épaule Constant Intermittent Depuis: - de 1 an 1 à 5 ans 5 à 10 ans + de 10 ans
- Haut du dos Constant Intermittent Depuis: - de 1 an 1 à 5 ans 5 à 10 ans + de 10 ans
- Vertiges (étourdissements) Constant Intermittent Depuis: - de 1 an 1 à 5 ans 5 à 10 ans + de 10 ans



5. QUALITÉ DES DOULEURS

Maux de tête	<input type="checkbox"/> Qui élance	<input type="checkbox"/> Qui brûle	<input type="checkbox"/> Sourde et profonde
Migraines	<input type="checkbox"/> Qui élance	<input type="checkbox"/> Qui brûle	<input type="checkbox"/> Sourde et profonde
Cou / gorge	<input type="checkbox"/> Qui élance	<input type="checkbox"/> Qui brûle	<input type="checkbox"/> Sourde et profonde
Mâchoire	<input type="checkbox"/> Qui élance	<input type="checkbox"/> Qui brûle	<input type="checkbox"/> Sourde et profonde
Dents	<input type="checkbox"/> Qui élance	<input type="checkbox"/> Qui brûle	<input type="checkbox"/> Sourde et profonde
Oreille	<input type="checkbox"/> Qui élance	<input type="checkbox"/> Qui brûle	<input type="checkbox"/> Sourde et profonde
Visage	<input type="checkbox"/> Qui élance	<input type="checkbox"/> Qui brûle	<input type="checkbox"/> Sourde et profonde
Épaule	<input type="checkbox"/> Qui élance	<input type="checkbox"/> Qui brûle	<input type="checkbox"/> Sourde et profonde
Haut du dos	<input type="checkbox"/> Qui élance	<input type="checkbox"/> Qui brûle	<input type="checkbox"/> Sourde et profonde
Vertiges (étourdissements)	<input type="checkbox"/> Qui élance	<input type="checkbox"/> Qui brûle	<input type="checkbox"/> Sourde et profonde

Ou décrire:

6. QUAND LES DOULEURS SONT-ELLES LES PIRES ?

Maux de tête	<input type="checkbox"/> Au réveil	<input type="checkbox"/> Avant-midi	<input type="checkbox"/> Après-midi	<input type="checkbox"/> Soirée	<input type="checkbox"/> Nuit
Migraines	<input type="checkbox"/> Au réveil	<input type="checkbox"/> Avant-midi	<input type="checkbox"/> Après-midi	<input type="checkbox"/> Soirée	<input type="checkbox"/> Nuit
Cou	<input type="checkbox"/> Au réveil	<input type="checkbox"/> Avant-midi	<input type="checkbox"/> Après-midi	<input type="checkbox"/> Soirée	<input type="checkbox"/> Nuit
Mâchoire	<input type="checkbox"/> Au réveil	<input type="checkbox"/> Avant-midi	<input type="checkbox"/> Après-midi	<input type="checkbox"/> Soirée	<input type="checkbox"/> Nuit
Dents	<input type="checkbox"/> Au réveil	<input type="checkbox"/> Avant-midi	<input type="checkbox"/> Après-midi	<input type="checkbox"/> Soirée	<input type="checkbox"/> Nuit
Oreille	<input type="checkbox"/> Au réveil	<input type="checkbox"/> Avant-midi	<input type="checkbox"/> Après-midi	<input type="checkbox"/> Soirée	<input type="checkbox"/> Nuit
Visage	<input type="checkbox"/> Au réveil	<input type="checkbox"/> Avant-midi	<input type="checkbox"/> Après-midi	<input type="checkbox"/> Soirée	<input type="checkbox"/> Nuit
Épaule	<input type="checkbox"/> Au réveil	<input type="checkbox"/> Avant-midi	<input type="checkbox"/> Après-midi	<input type="checkbox"/> Soirée	<input type="checkbox"/> Nuit
Haut du dos	<input type="checkbox"/> Au réveil	<input type="checkbox"/> Avant-midi	<input type="checkbox"/> Après-midi	<input type="checkbox"/> Soirée	<input type="checkbox"/> Nuit
Vertiges (étourdissements)	<input type="checkbox"/> Au réveil	<input type="checkbox"/> Avant-midi	<input type="checkbox"/> Après-midi	<input type="checkbox"/> Soirée	<input type="checkbox"/> Nuit

7. QU'EST-CE QUI AUGMENTE OU RÉDUIT VOTRE DOULEUR ?

<input type="checkbox"/> Manger (mâcher)	<input type="checkbox"/> augmente	<input type="checkbox"/> réduit
<input type="checkbox"/> Parler	<input type="checkbox"/> augmente	<input type="checkbox"/> réduit
<input type="checkbox"/> Ouvrir la bouche	<input type="checkbox"/> augmente	<input type="checkbox"/> réduit
<input type="checkbox"/> Avaler	<input type="checkbox"/> augmente	<input type="checkbox"/> réduit
<input type="checkbox"/> Manger quelque chose de dur	<input type="checkbox"/> augmente	<input type="checkbox"/> réduit



8. MÉDICATION

Qu'utilisez-vous présentement?

Antidouleur: Prescrit par: Médecin Dentiste Neurologue Psychiatre
 Fréquence: 1-2x/jr 1-3x/sem 1-3x/mois 1-3x/an

Anti-inflammatoire: Prescrit par: Médecin Dentiste Neurologue Psychiatre
 Fréquence: 1-2x/jr 1-3x/sem 1-3x/mois 1-3x/an

Relaxant musculaire: Prescrit par: Médecin Dentiste Neurologue Psychiatre
 Fréquence: 1-2x/jr 1-3x/sem 1-3x/mois 1-3x/an

Médication pour dormir: Prescrit par: Médecin Dentiste Neurologue Psychiatre
 Fréquence: 1-2x/jr 1-3x/sem 1-3x/mois 1-3x/an

Anxiolytique: Prescrit par: Médecin Dentiste Neurologue Psychiatre
 Fréquence: 1-2x/jr 1-3x/sem 1-3x/mois 1-3x/an

Agents anti-grincement: Prescrit par: Médecin Dentiste Neurologue Psychiatre
 Fréquence: 1-2x/jr 1-3x/sem 1-3x/mois 1-3x/an

Antidépresseur: Prescrit par: Médecin Dentiste Neurologue Psychiatre
 Fréquence: 1-2x/jr 1-3x/sem 1-3x/mois 1-3x/an

Qu'avez-vous utilisé dans le passé?

Antidouleur: Prescrit par: Médecin Dentiste Neurologue Psychiatre
 Fréquence: 1-2x/jr 1-3x/sem 1-3x/mois 1-3x/an

Anti-inflammatoire: Prescrit par: Médecin Dentiste Neurologue Psychiatre
 Fréquence: 1-2x/jr 1-3x/sem 1-3x/mois 1-3x/an

Relaxant musculaire: Prescrit par: Médecin Dentiste Neurologue Psychiatre
 Fréquence: 1-2x/jr 1-3x/sem 1-3x/mois 1-3x/an

Médication pour dormir: Prescrit par: Médecin Dentiste Neurologue Psychiatre
 Fréquence: 1-2x/jr 1-3x/sem 1-3x/mois 1-3x/an

Anxiolytique: Prescrit par: Médecin Dentiste Neurologue Psychiatre
 Fréquence: 1-2x/jr 1-3x/sem 1-3x/mois 1-3x/an

Agents anti-grincement: Prescrit par: Médecin Dentiste Neurologue Psychiatre
 Fréquence: 1-2x/jr 1-3x/sem 1-3x/mois 1-3x/an

Antidépresseur: Prescrit par: Médecin Dentiste Neurologue Psychiatre
 Fréquence: 1-2x/jr 1-3x/sem 1-3x/mois 1-3x/an



9. AVEZ-VOUS REMARQUÉ DE L'ENFLURE ?

Non Si oui, de quel côté? : Droite Gauche

10. BLOCAGE

FERMÉS Non Dans le passé Actuellement

Depuis: 0-3 mois 3-6 mois 6 mois-1an + de 1an

Douleur: Oui Non

Quel côté bloque? Droite Gauche

Qu'est-ce qui provoque le blocage? Déjà présent au réveil Quand je baille, mange et/ou parle

Arrivez-vous à débloquer? Non Oui en manipulant la mâchoire Oui en bougeant la mâchoire

OUVERTS Non Dans le passé Actuellement

Depuis: 0-3 mois 3-6 mois 6 mois-1an + de 1an

Douleur: Oui Non

Quel côté bloque? Droite Gauche

Qu'est-ce qui provoque le blocage? Déjà présent au réveil Quand je baille, mange et/ou parle

Arrivez-vous à débloquer? Non Oui en manipulant la mâchoire Oui en bougeant la mâchoire

11. OUVERTURE LIMITÉE ?

Maintenant Depuis: 0-3 mois 3-6 mois 6 mois-1an + de 1an

Qu'est-ce qui aide (ou a aidé): _____

Qu'est-ce qui nuit: _____

Dans le passé Depuis: 0-3 mois 3-6 mois 6 mois-1an + de 1an

Qu'est-ce qui aidait: _____

Qu'est-ce qui nuisait: _____

12. BRUITS ARTICULAIRES

		Maintenant	Dans le passé
DROITE:	Craquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Crépitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aucun bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Début du bruit: - de 3 mois environ 1 an 1 à 5 ans 5-10 ans + de 10 ans

Y a-t-il de la douleur? Oui Non

GAUCHE:	Craquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Crépitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aucun bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Début du bruit: - de 3 mois environ 1 an 1 à 5 ans 5-10 ans + de 10 ans

Y a-t-il de la douleur? Oui Non

- En résumé:**
- Je ne craquais pas... maintenant oui.
 - Je craquais sans douleur... maintenant je craque et j'ai de la douleur.
 - Je craquais avec de la douleur... maintenant je craque mais sans douleur.
 - Je craquais... maintenant je crépite.
 - Je craquais sans douleur... maintenant je suis bloqué(e) et j'ai mal.



13. AVEZ-VOUS REMARQUÉ DES CHANGEMENTS DANS LA FERMETURE (OCCLUSION) DE VOS DENTS ?

Oui Non

Si oui, depuis quand? 0-6 mois 6-12 mois 1-5 ans + de 5 ans

Est-ce que c'est progressif? Oui Non

Est-ce que c'est arrivé de façon abrupte? Oui Non

Êtes-vous conscient d'une cause? Oui Non

14. AVEZ-VOUS REMARQUÉ DES CHANGEMENTS DANS VOTRE VISAGE ?

enflure

menton qui dévie

menton qui recule

15. AVEZ-VOUS REMARQUÉ UN CHANGEMENT DANS LA POSITION DE VOS DENTS ?

Oui, elles ont bougées depuis quelques années

Oui, elles ont bougées depuis la fin de mon orthodontie

Non

16. ÊTES-VOUS CONSCIENT DE SERRER OU DE GRINCER VOS DENTS ?

De nuit

De jour

Moments de stress

Depuis quand en êtes-vous conscient? 0-6 mois 6-12 mois 1-5 ans + de 5 ans

17. SURUTILISATION

Mâche de la gomme

Onychophagie (ronge ses ongles)

Serrement constant (garde les dents en contact en tout temps)

Parle toute la journée au travail

Quel est votre travail: _____

18. OÙ VOTRE LANGUE SE POSITIONNE-T-ELLE DANS VOTRE BOUCHE ?

Elle s'interpose entre les dents du haut et du bas

Elle touche les dents du haut en avant

Elle touche les dents du bas en avant

Dans mon palais

19. LORSQUE VOUS FERMEZ VOS DENTS ENSEMBLE, DE QUEL CÔTÉ VOUS SENTEZ PLUS DE PRESSION ?

droit gauche égal

20. VOS DENTS SONT-ELLES SENSIBLES ?

Oui Depuis quand? 0-6 mois 6-12 mois 1-5 ans + de 5 ans

À quoi? Chaud Froid Pression Au touché

Non

21. AVEZ-VOUS TENDANCE À FRACTURER VOS DENTS OU VOS PLOMBAGES ?

oui non



22. SPORTS

Quels sports pratiquiez-vous ou pratiquez-vous ?

Durant l'enfance: _____

À l'adolescence: _____

À l'âge adulte: _____

23. TRAUMAS

Avez-vous déjà reçu un coup ou un contre coup (ballon, balle, chute) à la :

mâchoire tête aucun

Avez-vous déjà subi une commotion cérébrale? oui non

Avez-vous été impliqué dans un accident d'auto ?

oui Avec blessure Coup de lapin (whiplash)

non

Avez-vous déjà cogné vos dents? oui non

Avez-vous des cicatrices au visage ?

oui menton front tête

non

Avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales avec anesthésie générale ?

oui non

24. APNÉE DU SOMMEIL

Êtes-vous sujet à l'apnée du sommeil? oui non

Avez-vous déjà eu une évaluation concernant l'apnée du sommeil? oui non

Utilisez-vous un appareil à pression positive (cpap)? oui non

Est-ce que vous ronflez la nuit? oui non

Est-ce que vous vous réveillez reposé le matin? oui non

Vous sentez-vous fatigué, las ou peu en forme durant votre période d'éveil ?

(ex. fin d'après-midi, pendant une lecture, au volant...) oui non

25. AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UN SOIN DE :

Expansion palatine: entre 7 et 12 ans présentement

Orthodontie (fixe): entre 12 et 18 ans adulte présentement

Invisalign: entre 12 et 18 ans adulte présentement

Appareil d'avancement (incluant élastiques qui tirent la mâchoire du bas vers l'avant):
 entre 12 et 18 ans adulte présentement

Chirurgie des mâchoires: entre 12 et 18 ans adulte

- Autres: _____

Plaque occlusale (protecteur de nuit)

Ajustement des dents (de l'occlusion ou équilibrage)

Aucun



II • HISTORIQUE DES SYMPTÔMES [suite]

26. AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU DES SOINS POUR CE POUR QUOI VOUS CONSULTEZ AUJOURD'HUI?

- Physiothérapie Ostéopathie Chiropratique autre: _____
- Quand? _____ Cela a-t-il aidé? oui non
- Médication Quand? _____ Cela a-t-il aidé? oui non
- Plaque occlusale Quand? _____ Cela a-t-il aidé? oui non
- Orthodontie Quand? _____ Cela a-t-il aidé? oui non
- Chirurgie Quand? _____ Cela a-t-il aidé? oui non

Connaissez-vous la nature de votre problème? Oui Non Partiellement

27. QUEL TYPE DE PRATICIEN AVEZ-VOUS DÉJÀ CONSULTÉ?

- Dentiste
- Spécialiste
- Médecin
- ORL
- Neurologue
- Chirurgien
- Clinique de douleur
- Clinique de la migraine
- Psychologue
- autre

28. VOTRE NIVEAU DE STRESS

	Oui	Non
Vivez-vous actuellement une période de stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos symptômes sont-ils reliés à des périodes de stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous de nature anxieux(se)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faites-vous de l'anxiété?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà été soigné pour de l'anxiété/dépression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'êtes-vous présentement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. NIVEAU D'INQUIÉTUDE

Vivez-vous de l'inquiétude face à votre condition?
(0 étant aucune inquiétude et 10 étant le maximum)

- oui Si oui, à quel niveau? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- non



III • MANDAT DU PATIENT

QU'EST-CE QUE VOUS ÊTES VENU CHERCHER CHEZ NOUS ?

QUE DÉSIREZ-VOUS DE NOTRE PART ?

QUELLES SONT VOS ATTENTES ?

A) face à votre rencontre d'aujourd'hui

B) face à un soin que nous ferions

C) face à votre situation

J'ai répondu à ce questionnaire au meilleur de ma connaissance.

Signature du patient

