

## RAPPORT DÉTAILLÉ

Date: \_\_\_\_\_

Nom du patient(e): \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Référent: \_\_\_\_\_

Ce rapport comporte trois grandes parties. La première grande partie comporte trois chapitres que nous vous demandons de bien vouloir remplir. Ces chapitres sont: I. PLAINTÉ PRINCIPALE, II. HISTORIQUE DES SYMPTÔMES, III. MANDAT DU PATIENT. Nous vous demandons de signer à la fin de cette première partie. La deuxième grande partie comporte les chapitres IV et V qui sont l'EXAMEN et le DIAGNOSTIC. La troisième grande partie comporte les chapitres VI et VII qui sont le PLAN DE TRAITEMENT et le PRONOSTIC. Nous vous demanderons de bien vouloir signer cette partie aussi, mais seulement lorsque nous aurons fait l'examen et émis nos recommandations.

### 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: \_\_\_\_\_

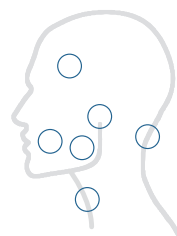
Acouphène  Oui  Non  Parfois Décrivez: \_\_\_\_\_

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<br>(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<br>(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

