

Nom	Age
Prénom	Date de la consultation

Madame, Monsieur;

Vous consultez pour une douleur, un blocage ou un bruit de votre articulation:

Vous consultez pour:

**UNE DOULEUR ?**    oui       non  

<b>si oui , votre douleur est...</b>	
<b>Provoquée par les mouvements de la mâchoire?</b> comme l'ouverture, ou la mastication...etc	
<b>Spontanée ?</b> : Elle arrive le matin ou dans la journée, en dehors des repas.	
<b>Permanente?</b> comme un fond douloureux constant.	
<b>Ou une autre forme de douleurs à la mâchoire?</b>	
- Une Douleur Fulgurante? ( comme des décharges électriques)	
- Une Douleur Provoquée par le contact de la peau ou de la gencive?	
- Une Douleur Pulsatile (en battement)?	

<b>Avez vous d'autres douleur corporelles</b> ( cervicales, lombaires...)	
---	--

<b>LA DURÉE de la Douleur</b>	
Moins de 3 mois	
Entre 3 et 6 mois	
Plus de 6 mois	

**UNE LIMITATION D'OUVERTURE ?**    oui       non  

<b>SI OUI, COMMENT EST VOTRE LIMITATION DE L'OUVERTURE</b>	
La mâchoire se bloque <b>quelquefois</b> et je ne peux pas ouvrir	
La mâchoire est limitée en <b>permanence</b> je ne peux pas ouvrir	

**UN BRUIT DANS L'ARTICULATION ?**    oui       non  

<b>SI OUI, QUEL EST LE BRUIT DE VOTRE ARTICULATION</b>	
C'est un bruit sec ( un claquement) en cours de mouvement: lorsque je mange par exemple	
C'est un bruit diffus ou continu en cours de mouvement de la mâchoire	