

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES DÉSORDRES TEMPOROMANDIBULAIRES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

1. Quel est votre état civil actuel?

Marié(e)
Séparé(e)

Conjoint(e) de fait
Veuf / veuve

Divorcé(e)
Jamais marié(e)

2. Quelle est votre origine?

Toulouse

3. Quelle est votre profession?

Professions libérales et assimilés

4. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

Universitaire 2e ou 3e cycle

QUESTIONNAIRE SYMPTÔMES DE DTM

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**

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? 0 années 3 mois

3. Au cours des 30 derniers jours, qu'est-ce qui décrit le mieux toute la douleur à votre mâchoire, à la tempe, à l'intérieur de l'oreille ou devant l'oreille, d'un côté ou de l'autre?

Aucune douleur
Douleur qui vient et part
Douleur toujours présente

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?

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

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

6. Depuis combien d'années ou de mois est-ce que vos maux de tête à la tempe ont commencé pour la première fois? 0 années 0 mois

7. Au cours des 30 derniers jours, est-ce que les activités suivantes ont été 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?

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

BRUITS ARTICULAIRES

8. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu n'importe quel bruit articulaire en bougeant ou utilisant la mâchoire?

Non **Oui** D G NSP

BLOCAGE FERMÉ DE LA MÂCHOIRE

9. Avez-vous déjà eu la mâchoire bloquée ou coincée, même pour un instant, de sorte à ne pas pouvoir ouvrir AU COMPLET?

Non **Oui** D G NSP

10. Est-ce que 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?

Non **Oui** D G NSP

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?

Non **Oui** D G NSP

12. Est-ce que votre mâchoire est présentement bloquée ou limitée de sorte à ne pas pouvoir ouvrir AU COMPLET?

Non Oui D G NSP

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 pas pouvoir fermer à partir de cette position grande ouverte?

Non Oui D G NSP

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?

Non Oui D G NSP

DÉPISTAGE DOULEUR DE DTM

1. Au cours des 30 derniers jours, combien de temps a duré toute douleur à votre mâchoire ou à la tempe, d'un côté ou de l'autre?

- a. Aucune douleur
- b. La douleur apparaît et disparaît**
- c. Douleur toujours présente

2. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu de la douleur ou une raideur à la mâchoire au réveil?

- a. Non**
- b. Oui

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

A. Mastiquer des aliments durs ou coriaces.

- a. Non
- b. Oui**

B. Ouvrir votre bouche ou bouger votre mâchoire vers l'avant ou sur le côté.

- a. Non
- b. Oui**

C. Habitudes de la mâchoire tel que garder les dents ensemble, serrer, grincer des dents, ou mâcher de la gomme.

- a. Non
- b. Oui**

D. Autres activités de la mâchoire tel que parler, embrasser ou bâiller.

- a. Non
- b. Oui**

