

EXAMEN CLINIQUE

Nom : ..... Prénom .....
Date de ce jour: ..... Age (année, mois): .....
Sexe (M / F): ..... Date des premières règles: .....
Taille: ..... Poids: .....

1) PROBLÈMES MAJEURS POUR LE PATIENT

PATIENT : .....
PARENTS .....
DENTISTE .....
ORTHODONTISTE : .....

2) MATRICE FONCTIONNELLE

A) VOIES AÉRIENNES NASOPHARYNGÉES

Obstruction des voies aériennes .....
Amygdales hypertrophiques .....
Végétations hypertrophiques .....
Cornets : oedème, hémorragie .....
Allergies .....
Adresser à un médecin .....
Attendre un diagnostic plus avancé .....

B) HABITUDES

Respiration buccale .....
Déglutition atypique ..... antérieure ..... latérale
Position linguale basse .....
Succion du pouce .....
Succion de la lèvre .....
Contracture mentonnière .....
Contracture péri-orale .....
Praxies .....
Rééducation .....
Attendre un diagnostic plus avancé .....

C) MUSCULATURE

Péri-orale en fonction ..... tendue ..... lâche
Péri-orale au repos ..... tendue ..... lâche
Sillon labio-mentonnier fonctionnel ..... haut ..... moyen ..... bas
- Buccinateur ..... 1 ..... 2 ..... 3
- mastication ..... forte ..... faible
- joues ..... forte ..... faible
Problème de posture .....
Problème d'amplitude de mouvement \_\_\_ ATM \_\_\_ tête \_ tête / épaule \_\_\_ épaule / dos

3)ÉVALUATION DENTAIRE ORTHODONTIQUE

A) ÉVALUATION DE LA DENTURE

Relation molaire droite \_\_\_ classe 1 classe 2 \_\_\_ classe 3 \_\_\_ 0,5 \_ 1 1,5 prémolaire
Relation canine droite \_\_\_ classe 1 classe 2 \_\_\_ classe 3 \_\_\_ complète \_\_\_ partielle
Relation canine gauche \_\_\_ classe 1 classe 2 \_\_\_ classe 3 \_\_\_ complète \_\_\_ partielle
Relation molaire gauche \_\_\_ classe 1 classe 2 \_\_\_ classe 3 \_\_\_ 0,5 \_ 1 1,5 prémolaire
Surplomb .....mm
Recouvrement, béance ou infraclusion .....mm

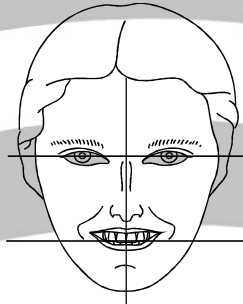
**B) ÉVALUATION FONCTIONNELLE**

Mandibule verrouillée \_\_\_ transversalement    sagittalement    \_ transversalement et sagittalement  
 Constriction maxillaire \_\_\_\_\_  
 Incisives inférieures bloquées par les incisives supérieures \_\_\_\_\_  
 Incisives supérieures en version \_\_\_\_\_ linguale    \_\_\_\_\_ vestibulaire  
 Inversé d'articulé \_\_\_\_\_  
 Déviation fonctionnelle de la mandibule \_\_\_\_\_ droite    \_\_\_\_\_ gauche    \_\_\_\_\_ antérieure

**C) ESTHETIQUE - ÉVALUATION DE LA DENTURE PAR RAPPORT A LA FACE**

Déviation de la ligne médiane maxillaire / face \_\_\_\_\_ à droite    \_\_\_\_\_ à gauche  
 Déviation de la ligne médiane mandibulaire / face \_\_\_\_\_ à droite    \_\_\_\_\_ à gauche  
 Médiane mandibulaire / médiane maxillaire \_\_\_\_\_ à droite    \_\_\_\_\_ à gauche  
 Longueur de la lèvre supérieure \_\_\_\_\_ mm  
 Hauteur de dent découverte au repos ..... mm    au large sourire ..... mm  
 Gencive exposée en sourire moyen ..... mm    au large sourire ..... mm  
 Occlusion labiale au repos \_\_\_\_\_ serrée    \_\_\_\_\_ béance labiale ..... mm

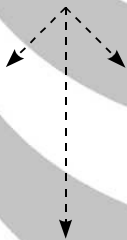
**4) ASYMÉTRIE DE LA FACE**



**5) ÉVALUATION DE L'ATM ET DES MUSCLES**

**A) MOUVEMENTS MANDIBULAIRES**

Déviation - Déflexion  
 Amplitude (mm)



a - ouverture incisive maximale (mm)  
 b - latéralité droite maximale (mm)  
 c - latéralité gauche maximale (mm)  
 d - R. L/O (mm)  
 e - protrusion maximale (mm)

	Amplitude mm	Claquements Crépitations		Douleurs 1 / 2 / 3	
		G	D	G	D
a					
b					
c					
d					
e					

**B) PALPATION**

Douleur: 1/2/3		D	G
Temporal	antérieur		
	moyen		
	postérieur		
Masseter	superficiel		
	profond		
Ptérygoïdien	médial		
Ptérygoïdien	latéral		
ATM	Pole latéral		
	Rétrocondylien		
	Interne (CAE)		

**C) CONCLUSIONS**

- Problèmes musculaires \_\_\_\_\_
- Problèmes d'ATM \_\_\_\_\_
- Déverrouiller \_\_\_\_\_
- Approfondir l'examen:
  - \* Montage en articulateur \_\_\_\_\_ \* MPI \_\_\_\_\_
  - \* Examens radiologique ATM \_\_\_\_\_ \* Tomographies \_\_\_\_\_
  - \* Scanner \_\_\_\_\_ \* IRM \_\_\_\_\_
  - \* Gouttière de relachement musculaire \_\_\_\_\_ \* Gouttière de repositionnement \_\_\_\_\_
  - \* Occlusogramme \_\_\_\_\_

**6) ÉVALUATION DE LA NUTRITION** \_\_\_\_\_ au cabinet \_\_\_\_\_ chez un spécialiste

**7) ÉVALUATION DE LA PERSONNALITÉ**

Éducation consciente (Awareness training) \_\_\_\_\_ AT \_\_\_\_\_ P1 \_\_\_\_\_ P2 \_\_\_\_\_ P3  
 Niveau de coopération \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3  
 Niveau de stress \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3  
 Évaluation plus poussée \_\_\_\_\_ au cabinet \_\_\_\_\_ chez un spécialiste

**8) PROBLÈMES PARTICULIERS** .....

**PROBLÈMES MINEURS**

9) Décalcifications

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7

10) Caries

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7

11) Évaluation parodontale

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7

12) Passé médical.....

13) Hygiène \_\_\_\_\_ excellente \_\_\_\_\_ bonne \_\_\_\_\_ faible

**DOCUMENTS DIAGNOSTIQUES NÉCESSAIRES**

De base .....

Additionnels.....

**DEGRÉ DE DIFFICULTÉ CLINIQUE** \_\_\_ 1 \_\_\_ 1+ \_\_\_ 2 \_\_\_ 2+ \_\_\_ 3

..... Commentaire [C1]: