

**PROTOCOLLO DI VALUTAZIONE INIZIALE INTERDISCIPLINARE PER PAZIENTI CON SINTOMI DI
DISFUNZIONE CRANIO-MANDIBOLARE**

(Indirizzato a fisioterapisti, chirurghi maxillo-facciali, logopedisti, odontoiatri, otorinolaringoiatri e medici di medicina generale)

Compilato da:.....**Specialista in:**.....

Dati del Paziente:

Cognome e Nome:.....

Età:.....Sesso: M F Data di valutazione:.....

Motivo della valutazione:

Antecedenti:

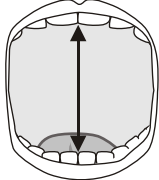
1.1 - Sindrome ansioso-depressiva 1.2 - Fibromialgia 1.3 - Malattie reumatiche
 1.4 - Sindrome da iperlaxità legamentosa 1.5 - Altro _____.

Anamnesis:

	NO	SÍ
1. Avverte disturbi/dolori nella zona dell'ATM che si irradiano all'orecchio o alla testa? (Se la risposta è affermativa, indicare l'area dove il paziente manifesta il dolore)		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A. A.T.M. B. Temporale. C. Massetere. D. Mascellare inferiore, anteriore del massetere. E. Mascellare superiore, oculare e perioculare. F. Calotta cranica. G. Occipitale. H. Sternocleidomastoideo e anteriore del collo.</p> </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> <p>DESTRA SINISTRA</p> </div> </div>	NO	SÍ
2. Avverte dolore a riposo?		
3. Avverte dolore quando mastica?		
4. Avverte dolore quando parla?		
5. Avverte dolore quando sbadiglia?		
Avverte delle limitazioni?:		
6- Ad aprire la bocca?		
7- A chiudere la bocca?		
Stringe oppure sfrega i denti?:		
8- Di notte?		
9- Di giorno?		
10. Si sono verificate perdite dentali senza terapia protesica sostitutiva (es: implantare, ponte, mobile)		
11. Ha abitudine a mordersi le unghie, gomme da masticare oppure altri oggetti?		
12. Ha abitudine a succhiare?		
13. Sente rumore/crepitio in apertura, chiusura o durante la masticazione?		
14. Avverte acufeni, capogiri?		
15. Avverte fatica vocale oppure disfonia?		
16. Avverte sensazione di pesantezza quando muove il collo o la testa?		
17. Assume farmaci?		
17.1. Miorilassanti?		
17.2. Antiinfiammatori / analgesici?		
17.3. Sonniferi?		
17.4. Altro?		
18. Ha subito traumi o incidenti nell'area cranio-cervico-facciale?		
19. Ha avuto blocchi articolari della bocca in apertura?		
20. Utilizza o ha utilizzato bite (férula di scarico)?		
21. Ha effettuato, negli ultimi tempi, trattamento odontoiatrico?		
22. Si sono verificati episodi di arrossamento, infiammazione, tumefazioni nella regione A-C?		

Misurazione del movimento mandibolare:

3 23- Apertura massima: _____ mm



MIN: 40 mm
MAX: 55 mm

Deviazioni mandibolari

4 24- Apertura/Chiusura NO SI

Rumori (schiocco/crepitio al tatto nell'area A.T.M.?)

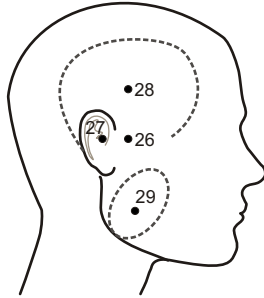
5 25 - Rumori in chiusura o apertura della bocca. NO SI

Dolore alla palpazione

6

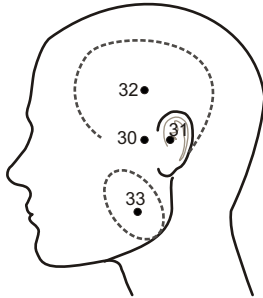
DESTRA:

- 26- A.T.M. laterale
- 27- A.T.M. posteriore
- 28- Temporale
- 29- Massetere



SINISTRA:


- 30- A.T.M. laterale
- 31- A.T.M. posteriore
- 32- Temporale
- 33- Massetere



Valutazione orale:


7 34- Usura dentaria dovuta a bruxismo: NO SI

35- Malocclusione (Angle)



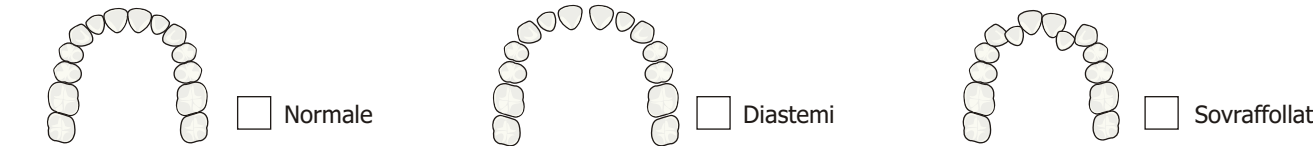
Classe I (Normale) Classe II/1 Classe II/2 Classe III

36- Morso. Occlusione



Normale Profondo anteriore Aperto Crociata (unilat. opp. Bilat.)

37- Allineamento



Normale Diastemi Sovraffollati

8 38- Si raccomanda visita/valutazione:

Maxillo-facciale Fisioterapica Ortodontica Logopedica Otorinolaringoiatrica

Autori:

Elsa Bottini, Jordi Coromina, Pablo Echarri, Andreu Esteve, Manel Gorina, Diana Grandi, Lyda Lapitz, Joan Pau Marcó, Javier Mareque, Francisco Fernández Martín, Yvette Ventosa ed Emma Vila.