

SCHEDA DI VALUTAZIONE

DATA:

Nome:

Età:

Data di nascita:

Professione:

Medico/odontoiatra inviante:

Sintomi riferiti dal paziente:

Esami diagnostici allegati:

AUTOVALUTAZIONE DEL PAZIENTE

Quando e come ha avuto inizio il suo disturbo?:

Il suo disturbo è persistente? Se sì quando si è avuto un peggioramento?:

Quali terapie ha seguito finora o quali sta seguendo attualmente?:

DOLORE: costante intermittente (mattina pomeriggio sera)

Aggravato o peggiorato da:

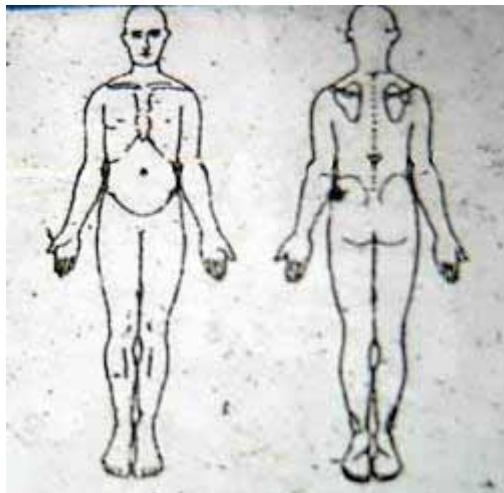
Alleviato da:

Localizzazione: servendosi del disegno e dei codici descriva la localizzazione del dolore:

↘ fitte

⊗ dolore sordo/tensione

↘ dolore acuto



Intensità: valuti il dolore con la seguente scala
(0 = assenza di dolore, 10 = dolore massimo)



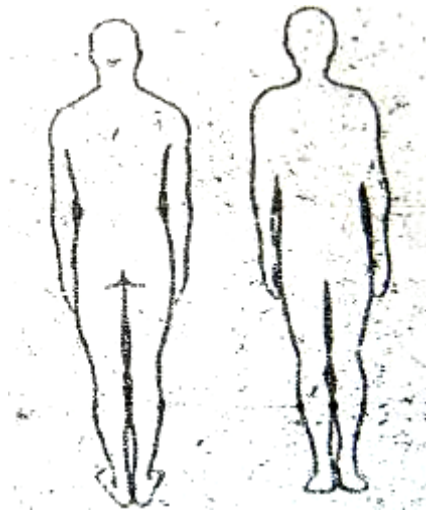
FUNZIONALITA': elenchi le attività che le sono attualmente impedita a causa del suo disturbo:
ho difficoltà a masticare

Aggiunga eventuali altre informazioni relativa al Suo disturbo:

Ha problemi di ordine medico?

E' in cura per qualche altro motivo oltre a quello da noi considerato?

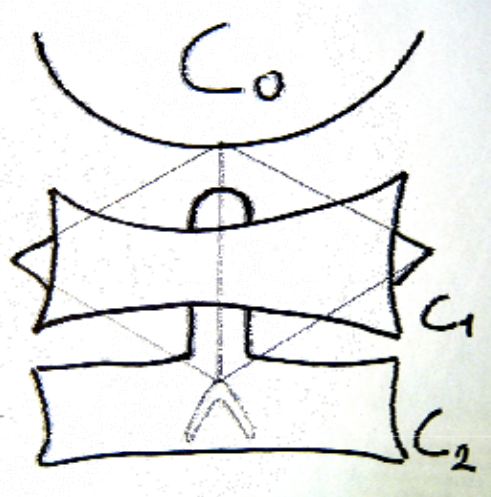
VALUTAZIONE POSTURALE



TEST DI PALPAZIONE



TRIANGOLO SOTTO-OCCIPITALE



SCALA DELLA LASSITA' LEGAMENTOSA (0-9)

- 0-2 Normale
- 3-4 Moderata
- 5-9 Severa



MAPPA DEL DOLORE



DOLORABILITA' ALLA PALPAZIONE

Massetere	DX	SN
Temporale	DX	SN
Pterigoideo esterno	DX	SN
Pterigoideo interno	DX	SN

Osservazioni:

MECCANICA

Apertura massima verticale:.....mm

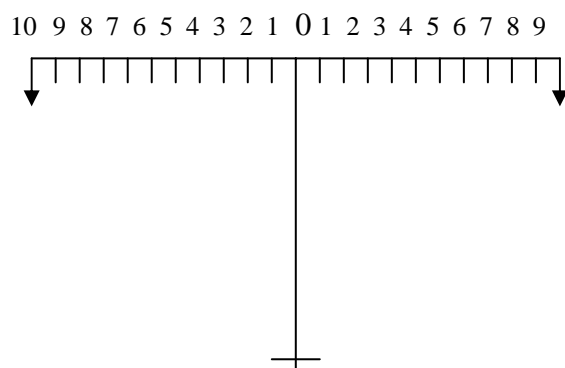
Deviazione: si no

Deflessione: si no

Rumori articolari: si no

Lateralizzazione: si no

DX	P	SN	P
DX	P	SN	P
DX	P	SN	P
DX	P	SN	P



Tipo:.....

Localizzazione:.....

