

Âge : _____ ans Sexe : M F

Force maximale de morsure : _____ Newton

Force maximale de morsure : _____ Newton

Dentition du patient

	Aucune édentation	Édentation partielle	Antérieur	Postérieur	Édentation complète sans implant	Édentation complète avec implants	Nombre d'implant(s)
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ __ imp.
Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ __ imp.

Classe d'occlusion : Classe 1 Classe 2 Classe 3

Diagnostic de bruxisme Problèmes d'ATM

Traitement d'orthodontie en cours Plaque occlusale

Informations complémentaires

	<i>Jamais</i>		←	→	<i>Souvent</i>
	1	2	3	4	5
Bris de dents / de réparations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraines / Céphalées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs ATM, visage ou dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques : _____
