

INFORMAZIONI CRANIO -MANDIBOLO-POSTURALI

di _____

- | | | | |
|----|--|----|----|
| 1 | Avverte difficoltà e/o dolore nell' aprire la bocca ? | si | no |
| 2 | Le capita che nei movimenti la mandibola si blocchi, devii da un lato o vada fuori posto ? | si | no |
| 3 | Ha difficoltà e/o dolore masticando, parlando o eseguendo movimenti con la bocca? | si | no |
| 4 | Le capita di sentire dei rumori alle articolazioni temporo-mandibolari (davanti all'orecchio) ? | si | no |
| 5 | Accusa o ha accusato dolore nella regione dell'orecchio, tempie, guance ? | si | no |
| 6 | Se la sua mandibola ora non fa rumori e non si blocca , lo ha mai fatto in passato ? | si | no |
| 7 | Quando chiude la bocca e i denti contattano tra loro avverte una sensazione sgradevole o insolita ? | si | no |
| 8 | Ha frequenti cefalee (mal di testa) ? | si | no |
| 9 | Ha subito recenti traumi alla testa , collo, mascelle ? | si | no |
| 10 | E' già stato sottoposto a cure per problemi alle articolazioni temporo-mandibolari e/o ai muscoli masticatori ? | si | no |
| 11 | Soffre di vertigini o capogiri o perdita dell'equilibrio ? | si | no |
| 12 | Ha accusato recentemente ronzii, fischi, sensazioni di orecchio tappato, di pienezza ? | si | no |
| 13 | Ha sofferto o soffre di disturbi alla colonna cervicale (dolore al collo) ? | si | no |
| 14 | Ha sofferto o soffre di scoliosi o disturbi alla colonna vertebrale ? | si | no |
| 15 | Ha sofferto o soffre di scoliosi o artrosi all'anca o è portatore di protesi all'anca ? | si | no |
| 16 | Sa di avere una differente lunghezza degli arti inferiori ? | si | no |
| 17 | Ha subito importanti traumi e/o interventi chirurgici agli arti, colonna vertebrale, bacino, altre ossa ? | si | no |
| 18 | Sa di avere deficit di posizione o di atteggiamento posturale o motorio ? | si | no |
| 19 | Sa di assumere posizioni e/o atteggiamenti non corretti nel lavoro o durante la giornata ? | si | no |
| 20 | Ha mai fatto uso di collari, corsetti, busti ortopedici, plantari, o scarpe ortopediche ? | si | no |
| 21 | Ritiene di essere in un periodo di stress o di esserlo stato recentemente ? | si | no |
| 22 | Si sente nervoso o ansioso attualmente o da tempo ? | si | no |
| 23 | Ritiene di avere motivi di insoddisfazione (famiglia, lavoro, salute,situazione economica) ? | si | no |
| 24 | Fa fatica a dormire bene ? | si | no |
| | Difficoltà ad addormentarsi <input type="checkbox"/> risvegli notturni <input type="checkbox"/> risveglio precoce al mattino <input type="checkbox"/> | si | no |
| 25 | Sa di digrignare i denti o serrare i denti ? di giorno <input type="checkbox"/> di notte <input type="checkbox"/> | si | no |
| 26 | Oppure di mordersi lingua o guance ? | si | no |
| 27 | Recentemente ha avuto variazioni dell appetito ? Aumento <input type="checkbox"/> diminuzione <input type="checkbox"/> | si | no |
| 28 | Soffre di disturbi all'apparato digerente(gastrite, duodenite, colite, aerofagia, eruttazioni, ulcera..) ? | si | no |
| 29 | Fa o ha fatto uso di farmaci tranquillanti o antidepressivi ? | si | no |
| 30 | Ha mai sentito il bisogno di consultare o ha consultato uno Psichiatra o uno Psicologo? | si | no |
| 31 | Come descriverebbe la sua personalità (sottolinei gli aggettivi in cui si riconosce) :
timido, introverso, chiuso, poco adattabile ai cambiamenti,pessimista, solitario, oppure
abbastanza aperto, ottimista, socievole, creativo, entusiasta. | | |

Grazie per la preziosa collaborazione

Dott. Gabriele Floria
Specialista in Ortognatodonzia