

## 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) :<br>timido, introverso, chiuso, poco adattabile ai cambiamenti,pessimista, solitario, oppure<br>abbastanza aperto, ottimista, socievole, creativo, entusiasta. |    |    |

Grazie per la preziosa collaborazione

Dott. Gabriele Floria  
Specialista in Ortognatodonzia