ANAMNESE E PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA PARA DTM

1. **Identificação** Data do Exame

Nome: Idade: Data de nascimento: Estado civil: Endereço: Telefone(s): Profissão/Local de trabalho: Encaminhado por: Hipótese diagnóstica:

1. **Queixa e evolução do problema:**
	1. **Uso de medicamentos:**
2. **Dor ou desconforto**
* Localização:
* Intensidade: ( ) suave; ( ) moderado; ( ) forte
* Frequência: ( ) esporádica; ( ) persistente
1. **Ruídos articulares**
* ( ) Estalidos ( ) Crepitação
* Intensidade: ( ) suave; ( ) moderado; ( ) forte
* Frequência: ( ) esporádica; ( ) persistente
1. **Sintomas auditivos e labirínticos:**

( ) otalgia; ( ) plenitude auricular ( ) zumbido tipo ; ( ) tonturas; ( ) vertigem

*OBS:*

1. **Limitação dos movimentos mandibulares**
* ( ) Abertura:
* ( ) Encerramento:
* ( ) Lateralização:
* ( ) Protrusão:
1. **Funções estomatognáticas**
* ( ) Dificuldade em mastigar:
* ( ) Dificuldade em engolir:
* ( ) Dificuldade em falar:
* ( ) Alterações da voz:
* ( ) Interferência da dor na respiração:
* ( ) Dificuldade em bocejar:

*OBS:*

1. **Descrição dos hábitos nocivos:**
2. **Descrição da alimentação:**
3. **Dados e aspetos emocionais:**
4. **Situação dentária (estado de conservação, cárie, mobilidade, sensibilidade, prótese):**
5. **Estruturas e musculatura (Tipo facial e assimetrias, flacidez, rigidez, mobilidade e lesões):**
6. **sensibilidade** (**Use a escala de intensidade da dor (0-10 EVA)**

*OBS:*

Avaliação da dor na ATM/DTM à palpação: (Escala Visual Analógica)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ATM em repouso** | **(D):** | **(E):** |
| **ATM em Função** | **(D):** | **(E):** |
| **Lateralidade D:** | **(D):** | **(E):** |
| **Lateralidad I:** | **(D):** | **(E):** |
| **Protrusão:** | **(D):** | **(E):** |

Avaliação da Dor Muscular à palpação: (Escala Visual Analógica)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Temporal Anterior:** | **(D):** | **(E):** |
| **Temporal Médio:** | **(D):** | **(E):** |
| **Temporal Posterior:** | **(D):** | **(E):** |
| **Masseter de inserção superior:** | **(D):** | **(E):** |
| **Corpo Masseter:** | **(D):** | **(E):** |
| **Masseter de inserção inferior:** | **(D):** | **(E):** |
| **Ventre anterior do digástrico:** | **(D):** | **(E):** |
| **Ventre posterior do digástrico:** | **(D):** | **(E):** |
| **Terço Médio da Face:** | **(D):** | **(E):** |
| **ECM:** | **(D):** | **(E):** |
| **Escaleno:** | **(D):** | **(E):** |
| **Trapézio superior:** | **(D):** | **(E):** |
| **M.suboccipital:** | **D):** | **(E):** |

Grau de contratura muscular nos músculos elevadores mandibulares (0-3):

1. **Movimentos mandibulares (medidas, desvios, limitações)**
* Abertura: ( ) Desvio à esquerda ( ) Desvio à direita
* Encerramento: ( ) Desvio à esquerda ( ) Desvio à direita
* Lateralização D:
* Lateralização I:
1. **Exames complementares realizados**
2. **Conclusão e recomendações**

Terapeuta da fala responsável: