

Date:

1. Données du patient

Nom:.....

Prénom :

Date de naissance :.....

Numéro de téléphone portable :

E-mail :

Médecin de famille:.....

Adressé par:

2. Données sur votre douleur faciale

- Avez-vous plus d'un type de douleur faciale?

 Non Oui: Décrivez brièvement les différents types ci-dessous :

.....

.....

.....

.....

*Décrivez ensuite la douleur faciale principale.***a) Connaissez-vous des périodes sans douleur faciale?** Non Oui. Quand, dans quelle période? Pendant la grossesse En vacances En weekend Arbitraire Autre:.....**a) Première douleur faciale:**

Il y amois.....ans. J'avaisans.

b) Qu'est-ce qui a déclenché votre première douleur faciale?: Je ne sais pas. Soin dentaires Accident:..... Infection avec fièvre Autre :**c) L'accès de la douleur est:** Soudain Rapide Graduel Variable

À quel moment du jour:

le matin

l'après-midi

le soir

la nuit

au réveil

variable

Quand la douleur faciale se déclare-t-elle le plus fréquemment ?

- En weekend En semaine En vacances
 Au printemps En été En automne En hiver

d) Type de douleur

Avant	Maintenant	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensation désagréable, zone hypersensible
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur sourde
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur brûlante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur vive
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chocs électriques
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur ennuyeuse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur lancinante

e) Intensité (encerclez)

Douleur continue 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
 Poussées de douleur 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

- Est-ce qu'il y a des fluctuations d'intensité?

- Non
 Oui, quand?
 Au début des plaintes
 Lorsque la douleur était la plus intense
 Maintenant

f) Aspects temporels

- Décrivez brièvement l'évolution de la douleur dans le temps (depuis le début des plaintes) :

.....

- Durée de la douleur continue:

.... Jours Heures

- Durée des courtes poussées de douleur:

.... Heures Minutes Secondes

g) Localisation (où se situe la douleur, indiquez sur le dessin)

Si la douleur survient dans une zone nerveuse spécifique, indiquez-la dans la figure 1 ou selon une subdivision du nerf trijumeau, indiquez-la dans la figure 2. Si ce n'est pas le cas, vous pouvez indiquer la localisation à la page 7 sur la figure 3 s'il s'agit probablement d'une douleur musculaire, sur la figure 4 si la douleur provient d'une dent spécifique, ou si tout ça n'est pas le cas indiquez sur la figure 5.

Fig. 1a
GAUCHE:

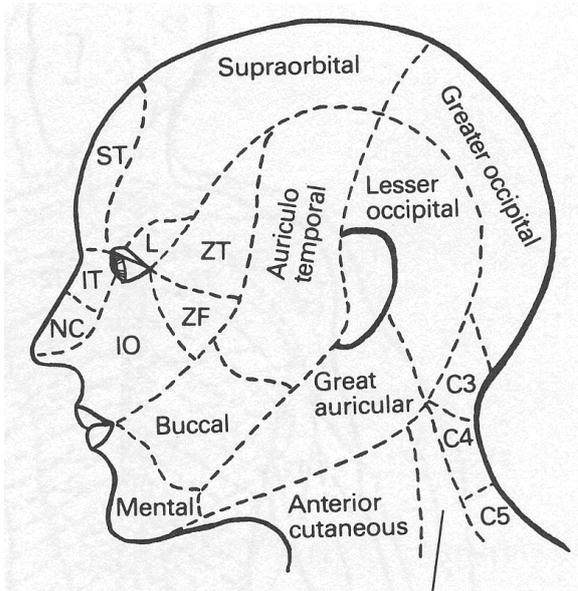


Fig. 2a

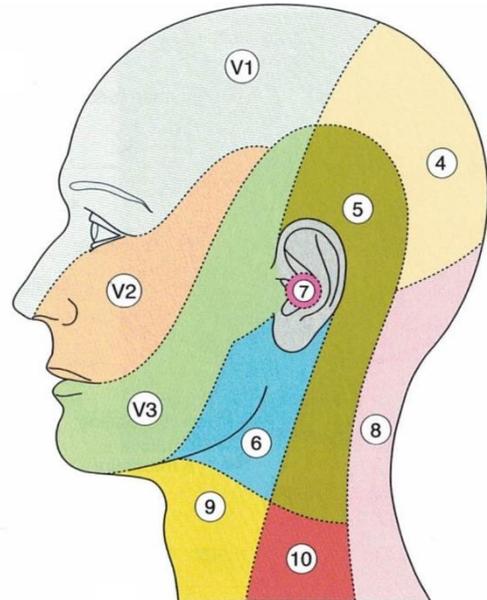


Fig. 1b
DROIT:

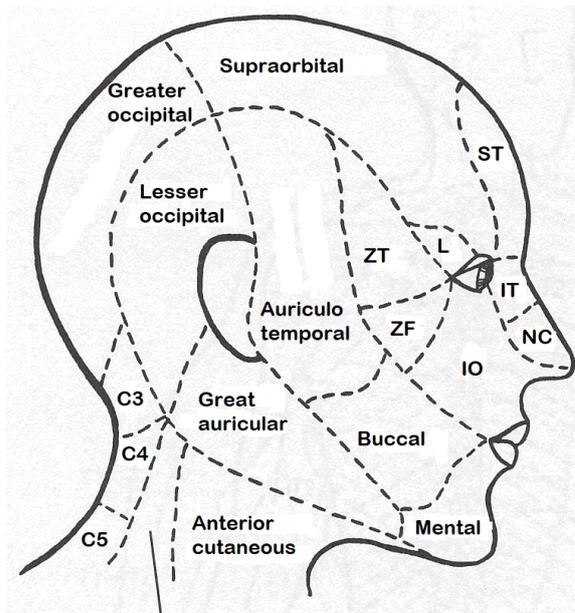
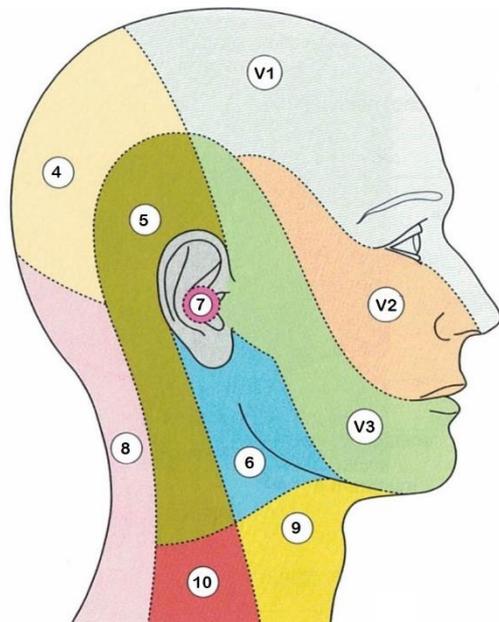


Fig. 2b



h) Caractère de la douleur continue:

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pulsatile | <input type="checkbox"/> Pressant |
| <input type="checkbox"/> Lancinant | <input type="checkbox"/> Brûlant |
| <input type="checkbox"/> Lourd | <input type="checkbox"/> Piquant |
| <input type="checkbox"/> Autre: | |

i) Caractère des courtes poussées de douleur:

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pulsatile | <input type="checkbox"/> Montant en intensité |
| <input type="checkbox"/> Brûlant | <input type="checkbox"/> Piquant |
| <input type="checkbox"/> Poignant | <input type="checkbox"/> Autre: |

j) Symptômes associés

- Troubles de la vision
- La vision double
- Larmes aux yeux (D-G)
- Ptose, la paupière tombante (D-G)
- Le nez qui coule
- Le nez bouché

k) Facteurs d'influence

Lequel des facteurs suivant peut aggraver ou provoquer la douleur?

- Mouvement ou contact dans la zone du visage
- Mouvements de la mâchoire
- Mouvements de la langue
- Avaler
- Parler
- Une certaine position de la tête
- Une certaine position du corps
- Activités physiques/ efforts
- Stress, tension
- Fatigue

3. Qualité de la vie

Mon appétit est: élevé diminué inchangé
 Mon moral est: mieux plus mauvais inchangé

Mon état psychique peut être décrit comme :

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anxieux | <input type="checkbox"/> tranquille | <input type="checkbox"/> euphorique |
| <input type="checkbox"/> irritable | <input type="checkbox"/> dépressif | |

Je dors..... heures par nuit.

Des difficultés pour 's endormir:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La douleur faciale me réveille:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Je m' éveille avec la douleur faciale:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Il y a des difficultés sexuelles: Oui Non

La douleur faciale provoque:

- Absence au travail:jours par mois.
- Absence à l'école:jours par mois
- Absence aux activités sociales, familiales: jours par mois.

4. Traitement actuel

- Pour la douleur faciale (y compris les **analgésiques** + nombre par jour ou par semaine):

.....

- Autres médicaments:

.....

5. Les traitements et les tests précédents.

a) Les traitements précédents par:

- Le médecin de famille:.....
- Le neurologue: *Médicament ou infiltration. En cas d'infiltration, indiquez où sur la page 3.*
- Le spécialiste nez-gorge-oreilles: *Sinus traités par voie frontale, sphénoïdale, ethmoïdale, maxillaire, gauche ou droite.*
- L'ophtalmologue
- Le dentiste: *Indiquez quelle dent a été traitée sur la figure 4 à la page 7*.....
- Le chiropracteur:.....
- Le physio-kiné:
- Spécialiste oral maxillo-facial: *Indiquez quelle intervention, unilatérale à gauche ou à droite ou aux deux articulations de la mâchoire et indiquez la zone de douleur sur la figure 3 à la page 7.*
- Spécialiste de douleur : *En cas d'infiltration, indiquer où sur la page 3.*

b) Les tests précédents:

- CT des articulations de la mâchoire
- CT sinus
- IRM du cerveau
- Orthopantogramme
- IRM des articulations de la mâchoire.....
- IRM cervicale.....
- CT du cerveau.....

c) Les médicaments déjà pris: (+ effets secondaires)

- Pour la douleur faciale (y compris les **analgésiques** + nombre par jour ou par semaine):

.....

- Autres médicaments:

.....

6. Les antécédents

a) Antécédents personnels (sauf la douleur faciale):

.....

b) Antécédents familiaux:

- La douleur faciale chez les membres de la famille:.....

- Les antécédents médicaux importants chez les membres de la famille:.....

7. Les éléments de la vie sociale et du style de vie

Je vis dans une famille de personnes et j'ai enfant(s).
 Formation:
 Métier:.....

Je bois tasses de café ou thé par jour.

Je bois boissons alcoolisées :

par jour par semaine par mois

Je fume.....cigarettes par jour.

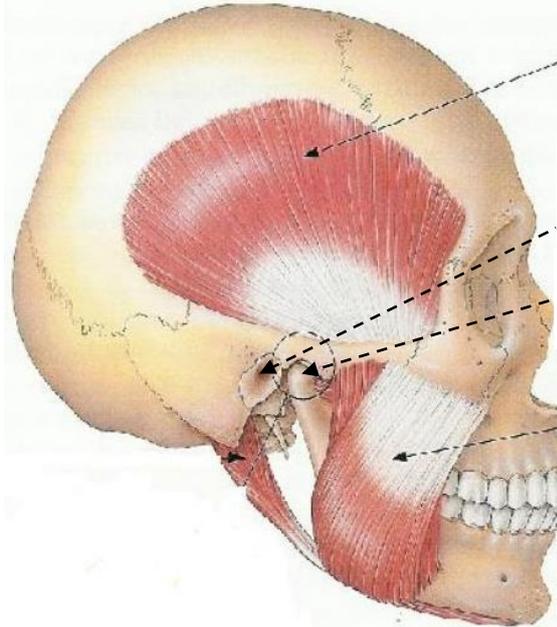
Je fais du sport ou je fais des exercices physique:

Non Oui,.....fois par semaine.

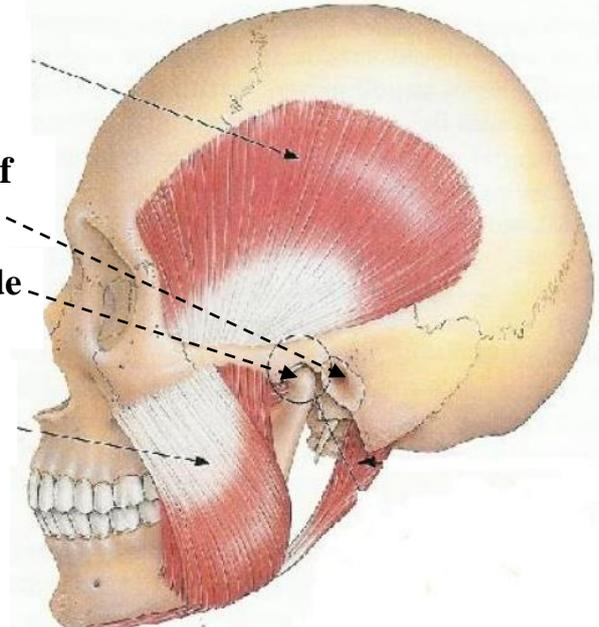
Je pèse kg et mesurecm.

Tension artérielle : mmHg.

Fig. 3
DROITE:



GAUCHE:



muscle
temporal

canal auditif
externe

articulation de
la mâchoire

muscle de
la mâchoire

Fig. 4

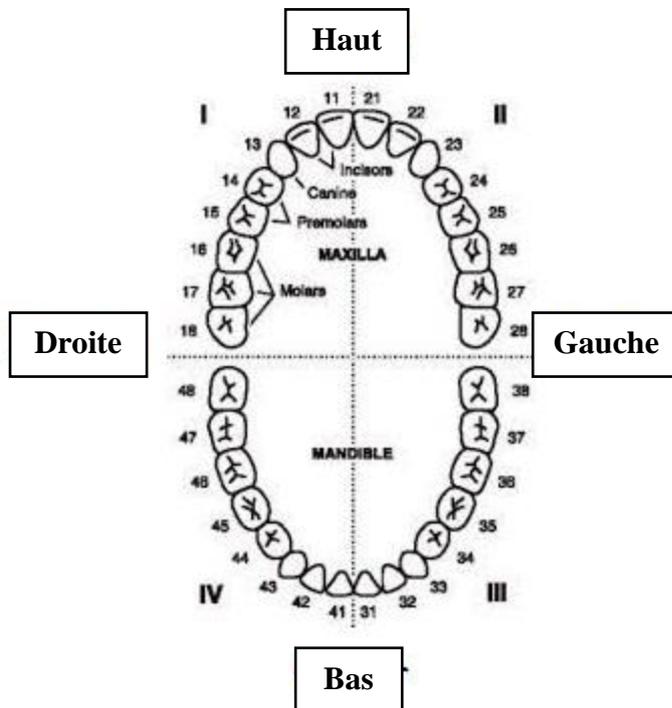
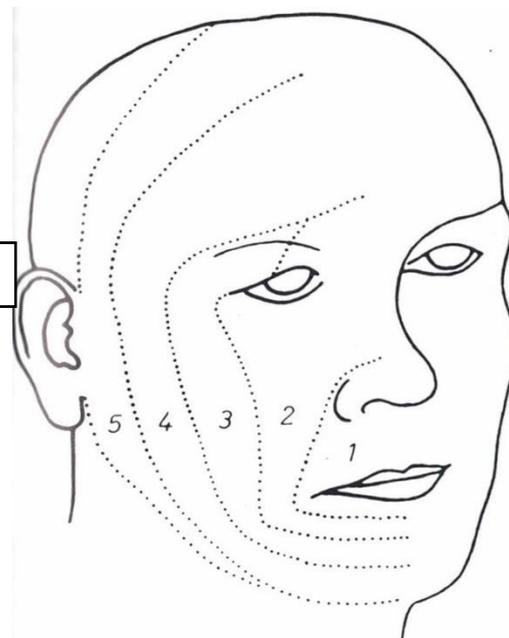


Fig. 5
Droite

Gauche



Indiquez si la douleur est gauche ou droite.