



CARTELLA DI AUTO-VALUTAZIONE GNATO-POSTURALE

***Gentile Paziente,
la preghiamo di rispondere al presente questionario che ci sarà utile nella
valutazione e nella diagnosi delle problematiche gnatologiche e posturali.
Le ricordo che tutte le informazioni raccolte sono protette dalla legge sulla
Privacy e dal Segreto Professionale.
Se non sa rispondere a qualche domanda la compileremo assieme durante
la visita.***

***Grazie
Dott. Ivan Lendaro***



**Eurooclusion Italia
Associazione Medico-Scientifica
www.eurooclusion.it**

Dati Personali

Cognome Nome:

Data di Nascita: Professione:

Peso Altezza.....

Anamnesi Generale:

Motivo principale della visita (descriva brevemente con parole sue il disturbo principale)

.....
.....

Rispondete SI o NO alle seguenti domande sul vostro stato di salute generale

	SI	NO
-Allergie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Traumi(cadute sul sacro, distorsioni, traumi cranici...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Fratture:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Incidenti:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Cicatrici importanti o dolenti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ustioni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Malattie reumatiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Malattie dermatologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Operazioni chirurgiche:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Anestesie Generali:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Disturbi psicologici (ansia, depressione...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Disturbi alimentari (anoressia o bulimia).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Assume regolarmente farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se a risposto SI indichi quali		
-Malattie sistemiche (ormonali, cardio-circolatorie, respiratorie, digestive...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se ha risposto SI indichi quali.....		
-Per le donne: ha avuto gravidanze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altro (specificare).....

-La sua nascita è avvenuta: a termine
 prematuro/a

-Il parto è stato: eutocico (naturale)
 distocico (con problemi durante il parto)

Note (a cura dell'odontoiatra)

.....
.....
.....

Valutazione Gnatologica

	SI	NO
-Ha effettuato terapie ortodontiche fisse o mobili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha mai utilizzato bite od ortotici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha mai fatto trattamenti di logopedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Tende a digrignare o a stringere i denti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha mai eseguito dei riequilibri occlusali (molaggio selettivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-E' mai restato con la mandibola bloccata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha difficoltà nell'aprire la bocca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha difficoltà nella deglutizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha effettuato trattamenti con protesi (ad es. ponti...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Da che lato tende a masticare prevalentemente <input type="checkbox"/> Destra <input type="checkbox"/> Sinistra <input type="checkbox"/> Entrambi i lati		
-Abitudini viziate (mordere le unghie, tenere in bocca penne o matite, mordicchiarsi le labbra le guance ...) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Specificare.....		

Altro (specificare).....

Nella seguente valutazione oltre a rispondere SI o NO alle domande Le chiediamo di dare un giudizio numerico da 1 a 3 alle domande alle quali ha risposto "SI".

1 indica un problema o un dolore lieve, 2 un problema o un dolore di media intensità e 3 un problema o un dolore intenso

	SI	NO	Valutazione
-Ha problemi quando mastica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha problemi quando parla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha difficoltà nel trovare la giusta posizione di chiusura dei denti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha qualche dente sensibile al caldo, freddo o alla pressione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha dolore quando apre la bocca, sbadiglia, morde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-L'articolazione della sua mandibola ha mai fatto rumore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha mai avuto dolore nell'area dell'articolazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Soffre di mal di testa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Soffre di tensioni, dolori o spasmi a testa, collo, gola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha in generale problemi alla sua postura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indice Occlusale (a cura dell'odontoiatra)

Note (a cura dell'odontoiatra)

.....

.....

.....

Valutazione Oto-Vestibolare

-Soffre o ha mai sofferto di:	SI	NO
Vertigini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senso di instabilità (facendo le scale, girando la testa...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acufeni (rumori, fischi o ronzii nelle orecchie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipoacusia (diminuizione dell'udito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fullness (senso di ovattamento dell'orecchio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrope auricolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sindrome di Meniere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi di tonsille o adenoidi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare).....		

Note (a cura dell'odontoiatra)

.....

.....

Valutazione Oculare

	SI	NO
Utilizza occhiali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizza lenti a contatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizza prismi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' miope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' ipermetrope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' astigmatico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' presbite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare).....		

Note (a cura dell'odontoiatra)

.....

.....

Valutazione podalica

Ha problemi di:	SI	NO
Alluce valgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piede piatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piede cavo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calli o duroni frequenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porta solette o plantari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare).....		

Note (a cura dell'odontoiatra)

.....

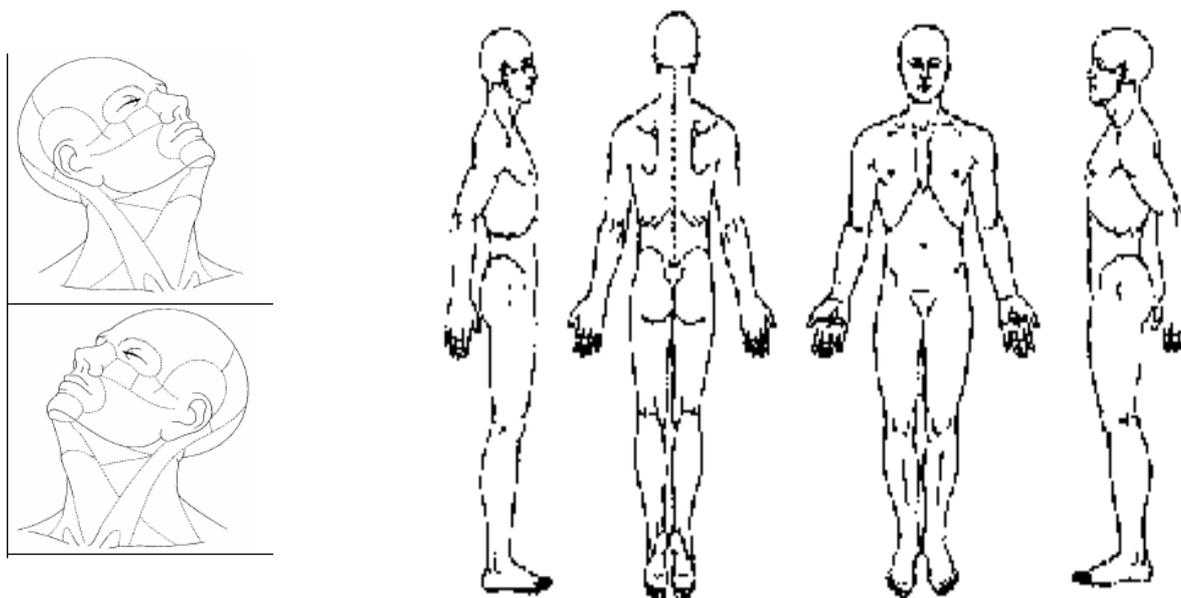
.....

Valutazione posturale:

Ha mai riscontrato o Le hanno mai riscontrato i seguenti problemi:

	SI	NO
Scoliosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accentuazione o riduzione delle Cifosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accentuazione o riduzione delle Lordosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rettilineizzazione o inversione della lordosi cervicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie reumatiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi alle ginocchia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi alle anche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai utilizzato collari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai utilizzato busti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canta o suona degli strumenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tende a dormire	<input type="checkbox"/> sulla schiena <input type="checkbox"/> sul fianco <input type="checkbox"/> sulla pancia con il viso girato a destra <input type="checkbox"/> sulla pancia con il viso girato a sinistra	

Indichi con delle crocette sulle figure le zone doloranti



Note (a cura dell'odontoiatra)

.....

.....

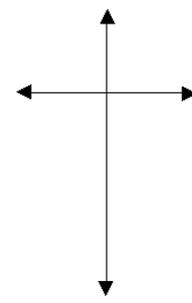
.....

A CURA DELL'ODONTOIATRA : NON COMPILARE

VALUTAZIONE CLINICA

-Overbite.....mm	Overjet.....mm
-Apertura(+overbite): mm.....(vn:40-58)	Lateralità: mm.....(vn: 8-10mm)
-Deviazione:	Deflessione:

	-ATM dx:	-ATM sn:	
statica			
dinamica			
retro art.			
LTM			
compr.			



-Muscolatura:

	<u>dx</u>	<u>sn</u>
Temp. Ant.:
Temp. Med.:
Temp. Post.:
Massetere sup:
Massetere prof:
Pterig. Est.:
Pterig. Int. :
SCOM:
Trapezio:
M. Cervicale:
Omoioideo
Miloioideo:
Geniojoideo:
V.A Digastrico:
V.P Digastrico

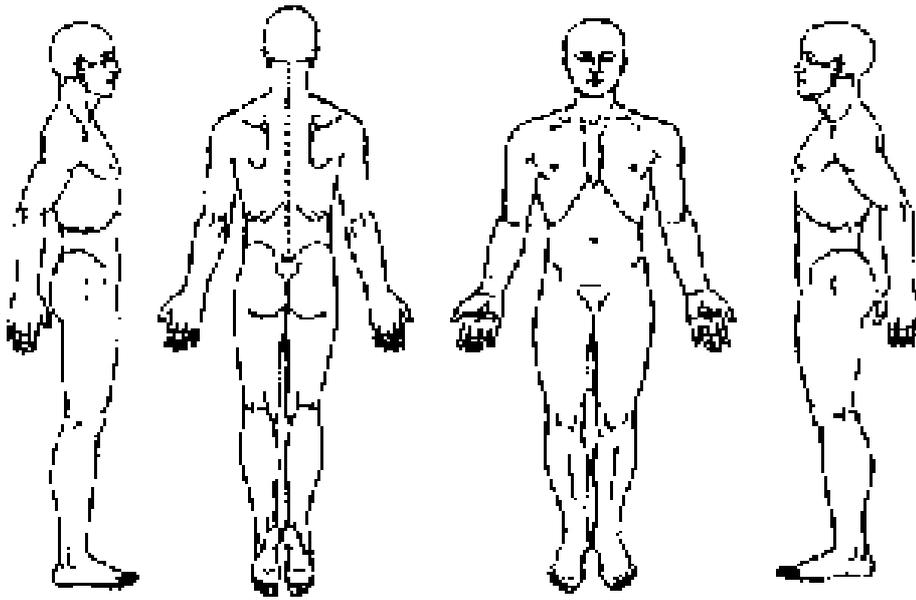
Dentatura: 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28

 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

Note:.....

Valutazione posturale:

Osservazione corporea:



Osservazioni
di fronte:

.....
.....
.....

di lato:

.....
.....
.....

posteriore:

.....
.....
.....

alto:

.....
.....
.....

Test Posturali di Base:

ANALISI DEL SISTEMA TONICO-POSTURALE	O. A.	O. C.	A V A N	L A T dx	L A T Sx	D I S T
Gamba>Lunga						
Iperono rotatori						
Test di Marcia						

INTERFERENZE SUL SISTEMA TONICO-POSTURALE			
Sistema visivo		Oculomotricità	
ATM		Occlusione	
Deglutizione		Vestibolo	
Traumi		Cicatrici	

Variabili influenti:

.....

.....

.....

.....

Note Assiografia:

.....

.....

.....

.....

.....

Note Pedana:

.....

.....

.....

.....

.....

Altre valutazioni:

.....

.....

.....

.....

.....

Esami complementari richiesti:

.....

.....