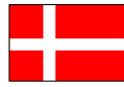
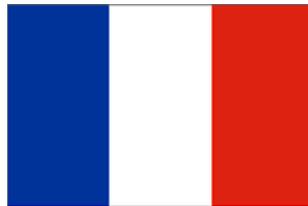




TEST DE DÉPISTAGE DES TROUBLES DE LA MOTRICITÉ OROFACIALE

NOT-S



Le test NOT-S a été développé par Merete Bakke (Copenhague, Danemark), Birgitta Bergendal (Jönköping, Suède), Anita McAllister (Linköping, Suède), Lotta Sjögren (Göteborg, Suède) et Pamela Åsten (Oslo, Norvège) avec le support de l'Association Nordique pour les Handicaps en Santé Orale (Nordic Association for Disability in Oral health, NFH).

Ce formulaire d'évaluation peut être téléchargé à partir de l'adresse URL: www.mun-h-center.se. Il doit être utilisé avec le manuel d'illustrations qui peut être commandé à la boutique en ligne du Mun-H Center (même URL) ou par téléphone au +46 31 750 92 00.

Dépistages des troubles orofaciaux : le test NOT-S

(à partir de 3 ans)

Le test de dépistage NOT-S est utilisé lorsqu'un patient a des difficultés à parler, à mastiquer ou à déglutir.

La section anamnèse de ce test doit être faite selon la forme d'un entretien structuré. L'examineur pose une question, donne des explications, et si nécessaire pose de questions supplémentaires, il interprète la réponse, et complète le formulaire.

L'entretien NOT-S contient 6 sections : fonction sensorielle, respiration, habitudes, mastication et déglutition, bavage, et sécheresse buccale (I-VI).

L'examen NOT-S comporte 6 sections : face au repos, respiration nasale, expression faciale, fonction des muscles masticatoires et des mâchoires, fonctions motrices orales, et articulation de la parole (1-6).

Le manuel des illustrations doit être utilisé pendant l'examen.

Pays : DK IS NO SE SF FR autre. _____

Examineur: Orthophoniste Dentiste Médecin Kinésithérapeute autre _____

Date de l'examen |____|____|____|____|____|____|____|____|
 j j m m a a a a

Date de naissance |____|____|____|____|____|____|____|____| ♂ ♀
 j j m m a a a a

NOM/Identification _____

Diagnostic médical principal (1 seul) _____

Code diagnostic (selon la CIM 10) _____

Position lors de l'examen : assis
allongé

Position de la tête en situation assise : normale (relevée et droite)
autre

Répond avec l'aide d'une tierce personne:

<u>CODAGE</u> Le score total au NOT-S varie de 0 à 12	X = oui 0 = non - = non évalué	Pour chaque section, en présence d'une ou plusieurs X, noter le score 1 dans la case de la dernière colonne de droite.
---	---	---

NOT-S	Score Total <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--------------	--

Entretien NOT-S

I	Fonction sensorielle A Avez-vous envie de vomir lorsque vous vous brossez les dents ? Est-ce que cela arrive pratiquement à chaque fois ? <i>Inconfort manifeste tels que des nausées, un vomissement, ou un refus (sensibilité augmentée)</i> B Est ce qu'il vous arrive de mettre tellement de nourriture dans votre bouche qu'il vous est difficile de mastiquer ? Est-ce que cela arrive tous les jours ? <i>Ne sait pas lorsque sa bouche est pleine (sensibilité diminuée)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II	Respiration A Utilisez-vous un dispositif d'aide à la ventilation ? <i>Masque à pression positive continue, respirateur, oxygène, autres...</i> B Est ce que vous ronflez beaucoup lorsque vous dormez ? Est-ce que cela arrive pratiquement chaque nuit ? <i>Ronflement ou apnées. Ne s'applique pas pour les symptômes liés à l'asthme ou aux allergies.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III	Habitudes A Est-ce qu'il vous arrive de ronger vos ongles, sucer vos doigts ou d'autres objets chaque jour ? <i>Le fait de sucer une tétine ou les doigts n'est pas pris en compte pour les enfants de moins de 5 ans.</i> B Est-ce qu'il vous arrive de sucer ou mordre vos lèvres, votre langue ou vos joues chaque jour ? C Est-ce qu'il vous arrive de serrer fortement vos dents ou de grincer des dents pendant la journée ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV	Mastication et déglutition A N'est pas nourri(e) par voie buccale (<i>tube nasogastrique, gastrostomie ou autre</i>) <i>Ne pas remplir questions B à E</i> B Est-ce que vous trouvez qu'il est difficile de manger certains aliments du fait de leur consistance ? <i>Les difficultés liées à l'existence d'une allergie, d'un régime spécial (végétarien, végétalien ou sans gluten) ne sont pas prises en compte.</i> C Est ce que le temps de prise du repas principal vous prend 30 minutes ou plus ? D Est-ce qu'il vous arrive d'avaler de gros morceaux de nourriture sans les mastiquer ? E Est-ce qu'il vous arrive souvent de tousser au cours des repas ? <i>Cela arrive presque à chaque repas.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	Bavage A Est-ce qu'il vous arrive d'avoir de la salive sur le coin de la bouche ou sur votre menton presque chaque jour ? <i>A besoin d'essuyer sa bouche. Cet item ne s'applique pas pendant le sommeil.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI	Sécheresse Buccale A Avez-vous besoin de boire pour pouvoir manger un biscuit sec ? B Est-ce que vous avez mal au niveau des muqueuses de votre bouche ou sur votre langue ? <i>Douleur récurrente ou sensation de brûlure survenant au moins une fois par semaine. Ne s'applique pas aux douleurs d'origine dentaire ou des lésions vésiculaires buccales.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom/ID :		Entretien NOT-S	Somme <input type="checkbox"/>

Examen NOT-S

1	Face au repos : Regardez l'image pendant 1 minute. Commencez maintenant			
	Image 1	Observer pendant 1 minute, puis compléter les items A à D	<input type="checkbox"/>	
	Description :	A Asymétrie	<input type="checkbox"/>	
		Se réfère à la fois aux tissus durs et aux tissus mous		
	Description :	B Position de lèvre déviante	<input type="checkbox"/>	
		Bouche béante ou autres déviations existant plus des 2/3 du temps		
	Description :	C Position linguale	<input type="checkbox"/>	
		Pointe de langue entre les dents visible plus des 2/3 du temps		
	Description :	D Mouvements involontaires	<input type="checkbox"/>	
		Mouvements involontaires à répétition affectant la face		<input type="checkbox"/>
2	Respiration nasale			
	Image 2	A Fermez votre bouche et inspirez profondément 5 fois avec votre nez	<input type="checkbox"/>	
	Critère :	(sentir)		
		Ne peut pas prendre 5 inspirations nasales successives.		
		Si le patient ne peut pas joindre les lèvres, le patient ou l'examineur peuvent aider manuellement à la fermeture des lèvres. Ne pas évaluer si le patient est enrhumé.		<input type="checkbox"/>
3	Expression faciale			
	Image 3	A Fermez vos yeux en serrant les paupières		
	Critère :	Les muscles faciaux ne sont pas mis en action de manière fortement symétrique	<input type="checkbox"/>	
	Image 4	B Montrez vos dents	<input type="checkbox"/>	
	Critère :	Les lèvres et les muscles faciaux ne sont pas mis en action de manière symétrique, de sorte que les dents sont aisément visibles		
	Image 5	C Essayez de siffler (souffler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Critère :	Ne peut pas avancer et arrondir les lèvres de manière symétrique		
4	Fonction des muscles masticatoires et des mâchoires			
	Image 6	A Mordez fort sur vos dents postérieures	<input type="checkbox"/>	
	Critère :	Lorsque deux doigts sont positionnés au niveau des joues (sur chaque muscle masseter), on ne note pas, de manière évidente, d'activité musculaire symétrique		
	Image 7	B Ouvrez la bouche aussi grand que vous le pouvez	<input type="checkbox"/>	
	Critère :	Ne peut pas ouvrir la bouche suffisamment pour que l'index et le majeur de la main gauche du patient puisse être positionné entre les arcades antérieures. Si les dents antérieures sont manquantes, considérer comme référence la largeur de trois doigts (index, majeur, et annulaire).		<input type="checkbox"/>
5	Fonction motrice orale			
	Image 8	A Tirez la langue aussi loin que vous le pouvez	<input type="checkbox"/>	
	Critère :	La pointe de la langue ne peut pas atteindre plus loin que le bord vermillon des lèvres.		
	Image 9	B Lèche-vous les lèvres	<input type="checkbox"/>	
	Critère :	Ne peut pas utiliser la langue pour humidifier ses lèvres et ne peut pas atteindre les commissures.		
	Image 10	C Gonflez vos joues et maintenez la pression pendant au moins 3 secondes	<input type="checkbox"/>	
	Critère :	Ne peut gonfler les joues sans fuite d'air ou sans produire de son.		
	Image 11	D Ouvrez votre bouche bien grand et dites ah, ah, ah [a] !	<input type="checkbox"/>	
	Critère :	On ne peut noter une élévation marquée de la luette et du palais mou.		<input type="checkbox"/>
6	Articulation de la parole			
		A Ne parle pas. Ne pas remplir les items B et C	<input type="checkbox"/>	
	Image 12	B Comptez jusqu'à 10 à voix haute	<input type="checkbox"/>	
	Critère :	La parole n'est pas claire, avec un ou plusieurs sons indistincts, ou une nasalité anormale. Pour les enfants de moins de 5 ans, ne pas considérer les sons R et S.	<input type="checkbox"/>	
	Image 13	C Dites : pataka-pataka-pataka		<input type="checkbox"/>
	Critère :	Ne pas évaluer cet item chez les enfants de moins de 5 ans.		
Nom/ID :		Examen NOT-S	Somme	<input type="checkbox"/>