

EXAMEN NEUROLOGIQUE RAPIDE

Nom du patient : _____

Endroit : _____ Date : _____ Heure : _____

Normal Anormal

TÊTE ET COU

_____ Orientation (heure, nom, lieu)
_____ Acuité visuelle (compter les doigts, demander s'il y a diplopie)
_____ Champ visuel (ramener le doigt de derrière la tête du patient)
_____ Pupilles égales et sensible à la lumière
_____ Mouvement oculaire (nystagmus; H-pattern)
_____ Sensation du front, des joues, de la mâchoire inférieure
_____ Serrement des dents (observer les muscles de la mâchoire)
_____ Front ridé
_____ Yeux fermés bien forts (observer les muscles au-dessus et au-dessous
des yeux)
_____ Sourire ou grimace
_____ Examiner l'ouïe / bruits
_____ Déglutition
_____ Tirer la langue (noter si dérivation sur un coté)
_____ Haussement des épaules (appliquer une force sur les deux épaules :
vérifier la résistance)

SENSATION

_____ Demander s'il y a sensation inhabituelle
_____ Examiner sensation des bras, du dos, du tronc, des jambes
_____ Demander si la sensation est la même des deux cotés

FONCTION MOTRICE

_____ Doigt serre bilatéralement
_____ Pouces vers le bas, résistance à séparer les bras
_____ Examiner flexion et extension des hanches, genoux et chevilles
_____ Réflexe cutanée plantaire (orteils vers le bas = normal)

NOTA : Ajouter notes explicatives sur toutes les anomalies.
