

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 réactives à la lumière
_____	_____	Mouvements oculaires (mouvement irrégulier; 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 une note explicative sur toutes les anomalies.
