

Examen neurologique rapide

Nom de la victime : _____

Lieu : _____ Date : _____ Heure ____ : ____ am/pm

Normal	Anormal	Tête et cou
_____	_____	Orientation (heure, identification, lieu)
_____	_____	Acuité visuelle (compter les doigts, demander si vision double)
_____	_____	Champ de vision (ramener vos doigts à partir du derrière de la tête)
_____	_____	Pupilles égales et réactives à la lumière
_____	_____	Mouvement de yeux (faire un H, rechercher mouvements anormaux)
_____	_____	Sensation du front, des joues, de la mâchoire inférieure
_____	_____	Serrement des dents (observer les muscle de la mâchoire)
_____	_____	Faire plisser le front
_____	_____	Yeux fermés bien forts (observer les muscles autours de yeux)
_____	_____	Sourire et grimace
_____	_____	Examiner l'ouïe / bruits avec les doigts
_____	_____	Déglutition
_____	_____	Tirer la langue (noter si dérivation sur un côté)
_____	_____	Haussement des épaules (vérifier la résistance)
_____	_____	Sensation
_____	_____	Demander s'il y a une sensation inhabituelle (engourdissements)
_____	_____	Examiner la sensation des bras, du dos, du tronc et des jambes
_____	_____	Demander si la sensation est la même des deux côtés
_____	_____	Fonction motrice
_____	_____	Serrement des doigts bilatéralement
_____	_____	Pouces vers le bas, résistance à séparer les bras
_____	_____	Pouces vers le haut, résistance à ouvrir les bras
_____	_____	Examiner flexion et extension des hanches, genoux et chevilles
_____	_____	Réflexe cutané plantaire (orteils vers le bas= normal)

Notes

Nom de l'examineur : _____