

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION  
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE



SERVICE DE NEUROLOGIE  
PR.HAMRI

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE  
DR BENBADIS CONSTANTINE

**OBSERVATION MÉDICALE :**

NOM:.....

NUMERO DU DOSSIER: .....

PRENOM .....

AGE: ..... ans    SEXE :  femme    homme

DATE D'ADMISSION : .....

Droitier(e) :     Gaucher (e)

Date de naissance: ...../...../.....

UNITÉ :  HOMMES    FEMMES    URGENCES NEURO

Lieu de naissance : .....

CONSANGUINITE :  1<sup>er</sup> degré    2<sup>eme</sup> degré    3<sup>eme</sup> degré

DATE DE SORTIE: .....

ETAT CIVIL:    célibataire    marié(e)    divorcé(e)

NOMBRE D'ENFANTS .....

MEDECIN TRAITANT : .....

FEMME: G :..... P :..... C :..... ABRT :.....

ADRESSE : .....

RESIDENT DE GARDE : .....

.....

RESIDENT DU SERVICE : .....

WILAYA.....PAYS.....

N° de TEL : .....

DIAGNOSTIC DE SORTIE : .....

NIVEAU D'INSTRUCTION : .....

PROFESSION: .....

MOTIF D HOSPITALISATION: .....

MODE DE DÉBUT :             BRUTAL                             AIGUE                             PROGRESSIF

DATE ET HEURE DE DÉBUT DES SYMPTÔMES: ...../...../..... à .....             NON PRÉCISÉE

DATE ET HEURE D'ARRIVÉE DU PATIENT : ...../...../..... à ..... DÉLAIS : ..... h ..... min

**ANTECEDANTS :**

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

**L'HISTOIRE DE MALADIE :**

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

# I-STATUT GÉNÉRAL :

- Biométrie :  poids : .....Kg  taille : .....m  BMI : .....  Tours de taille : .....cm.
- Amaigrissement : .....Kg, depuis.....
- altéré
- État général  Bon  moyen  Oui : .....
- Nausées/ Vomissements  Non  Oui : .....
- Coloration cutanéomuqueuse:  bonne  cyanose  pâleur :  ictère  Sub ictère
- Respiration  Eupnéique  bradypnée  polypnée  FR : .....cycle/min
- Température  Apyrétique  Fievre à .....°C  Sueurs
- Circulation  TA : ...../.....mmHg  Pouls.....  FC.....Btm/min
- Syndrome hémorragique:  Non  Oui : .....
- Signes de déshydratation  Non  Oui : .....
- Syndromes tumoraux  Non  ADP  SPM  HPM

# II-EXAMEN NEUROLOGIQUE :

## A-ETAT DE CONSCIENCE :

- Conscience :  conscient  Obnubilé/ Somnolent  comatueux
- coopérant  coma : Stade :  I vigile  II Léger  III profond  IV mort cérébrale
- Score GS : ...../15
- Reflexe du TC abolis :  Fronto orbitaire  Oculocéphalique vertical
- RPM  Oculocéphalique horizontal
- Oculo cardiaque
- Respiration anormale :  Kussmaul  Cheyens-Stokes
- Neurogène centrale  Apneustique
- Ataxique  Gasping
- Orientation :  bonne  désorienté(e)
- Temporo-spatiale  bonne  désorienté (e)
- Vis-à-vis des personnes

## B-FONCTIONS COGNITIVES :

Normales MMSE : ...../30 ANNEXE

- Langage :**  Normal  aphasie :  expression  compréhension  mixte  mutisme  autre : .....
- dysarthrie :  paralytique  cérébelleuse  hypokinétique  spastique  autre : .....
- Praxie :**  Normale  Apraxie : .....
- Gnosie :**  Normale  Agnosie : .....
- Mémoire :**  Normale  Amnésie :  antérograde  Ictus amnésique  Autre : .....
- Sommeil :**  normale  insomnie  hypersomnie  SAHS  autres : .....

## C-TÊTE ET COU :

- Céphalée  Aigue :  brutale (coup de tonner)  rapidement progressive (qlq J)
- depuis : .....
- Chronique : .....
- À type de:  étau  broiement  brûlure  décharge électrique  pesanteur
- coup de poignard  Pulsatile
- D'évolution  continue  par crise  fond douloureux
- Durée :  secondes : .....  minutes : .....  heures : .....
- Fréquence  quotidienne  hebdomadaire  mensuelle
- Siege :  en casque  localisée : .....  à bascule
- d'intensité  légère  modérée  sévère  très sévère
- Irradiations  Non  Oui : .....
- Fact. Déclenchant  Non  Oui : .....
- Fact. Aggravants  Non  Oui : .....
- Fact. Soulageant  Non  Oui : .....
- Traitement antérieur : .....
- Signes d'accompagnements :  Non  Oui : .....
- malformation ou déformation : .....  Aspect particulier du Faciès : .....
- raideur de la nuque  torticolis  signe de Lhermitte
- Reflexes archaïques : .....
- Autres : .....

**D-EXAMEN DES PAIRES CRÂNIENNES :**

			NORMAL	PATHOLOGIQUE		
I	L OLFACTIF		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hyposmie <input type="checkbox"/> Anosmie	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	
II	L OPTIQUE	Acuité visuelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BAV : ..... <input type="checkbox"/> Amaurose <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	
		Champ visuel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Scotome <input type="checkbox"/> Hémianopsie: <input type="checkbox"/> vertical <input type="checkbox"/> horizontale <input type="checkbox"/> HLH <input type="checkbox"/> Autre: .....	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	
		Fond d'œil :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Œdème papillaire <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Œdème papillaire <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Pâleur temporale <input type="checkbox"/> Rétinopathie : <input type="checkbox"/> diabétique <input type="checkbox"/> hypertensive <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	
III IV VI	OCULOMOTEUR COMMUN LE PATHÉTIQUE OCULOMOTEUR EXTERNE	Regard primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Strabisme : <input type="checkbox"/> divergeant <input type="checkbox"/> convergeant <input type="checkbox"/> Ptosis <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	
		Mouvements isolés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Limité a droite <input type="checkbox"/> Limité à gauche <input type="checkbox"/> Limité vers le haut <input type="checkbox"/> Limité vers le bas	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	
	OCULOMOTRICITE INTRINSEQUE	Pupilles :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Semi mydriase <input type="checkbox"/> Mydriase <input type="checkbox"/> Myosis	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	
		RPM directe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aboli	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	
		RPM consensuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aboli	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	
		Accomodation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abolie	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	
	OCULOMOTRICITÉ DE FONCTION :	Mvm latéralité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ophtalmoplégie	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	
		Mvm verticalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ophtalmoplégie	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	
		convergence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ophtalmoplégie	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	
	V	LE TRIJUMEAU:	Sensitif subjectifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Douleurs : ..... <input type="checkbox"/> Parésthésies : .....	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
Sensitifs objectifs			B. ophtalmique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hypesthésie <input type="checkbox"/> Anesthésie	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
			B. Maxillaire sup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hypoesthésie <input type="checkbox"/> Anesthésie	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
			B. Maxillaire inf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hypoesthésie <input type="checkbox"/> Anesthésie	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
Moteur			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Déficit du : .....	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	
R. Cornéen R. naso-palpébrale R. massétérin			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aboli <input type="checkbox"/> Aboli <input type="checkbox"/> exagéré <input type="checkbox"/> Aboli <input type="checkbox"/> exagéré	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	
VII VIII IX X XI	LE FACIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PFC <input type="checkbox"/> PFP <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G		
VIII	LE COCHLÉO VESTIBULAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Surdité <input type="checkbox"/> Hypoacousie <input type="checkbox"/> Acouphènes <input type="checkbox"/> Bourdonnements <input type="checkbox"/> Sensation vertigineuse <input type="checkbox"/> Vertige <input type="checkbox"/> Nystagmus ..... <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G		
IX X XI	GLOSSO-PHARAGIEN LE VAGUE LE SPINALE INTERNE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dysphonie <input type="checkbox"/> Dysphagie : <input type="checkbox"/> Au Liquides <input type="checkbox"/> Au Solides		
		Reflexe vélo-palatin Reflexe nauséux	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aboli <input type="checkbox"/> Aboli		
XI	SPINALE EXTERNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> déficitaire	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G		
XII	LE GRAND HYPOGLOSSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atrophie <input type="checkbox"/> Fasciculations <input type="checkbox"/> Limitation de Mvm ..... <input type="checkbox"/> Autre .....			

## E-MEMBRES SUPERIEURS:

### INSPECTION

- Tremblements :**  de repos  D  G  d'attitude  D  G  
 d'action  D  G
- Mouvements anormaux :**  Ballisme  D  G  Athétose  D  G  
 Choréé  D  G  Dystonie  D  G

### MOTRICITÉ:

#### -Déficit Moteur :

- Non  Épreuve centrale (Barré)  
 Paralysie  D  G  
 Parésie :  D  G  
 Chute du membre  tendance à la pronation  main de Garcin
- Testing musculaire  
 Droite proximal : ..... /5 distal : ..... /5  
 Gauche proximal : ..... /5 distal : ..... /5

#### -Tonus :

- normal  hypotonie :  passivité :  D  G  Stewart Holmes  D  G  
 extensibilité :  D  G  
 Hypertonie :  spastique :  D  G  
 plastique :  D  G  main de Froman  D  G

#### -ROT : Bicipital C5

- Droite  abolis  diminué  normal  vif  exagéré  
 Gauche  abolis  diminué  normal  vif  exagéré

#### Stylo-radial C6

- Droite  abolis  diminué  normal  vif  exagéré  
 Gauche  abolis  diminué  normal  vif  exagéré

#### Tricipital C7

- Droite  abolis  diminué  normal  vif  exagéré  pendulaire  
 Gauche  abolis  diminué  normal  vif  exagéré  pendulaire

#### Cubitopronateur C8

- Droite  abolis  diminué  normal  vif  exagéré  
 Gauche  abolis  diminué  normal  vif  exagéré

- Signe de Hoffman :**  Absent  Présent  D  G

- Réponse idiomusculaire**  Présente  Absente au niveau : .....

- Troubles trophiques :**  Absents

- Amyotrophie :  Main  droite  gauche  
 Type : .....  
 Autres : .....

- Fasciculations :**  Non  Oui : .....

### SENSIBILITÉ:

#### -Signes fonctionnels :

- Douleurs  Oui : Type : ..... Territoire : .....  
 Non  Douleurs neuropathique , scoré DN4 à : .....

- Paresthésies  Type ..... Territoire : .....  
 Non

#### -Signes objectifs :

##### \*Sensibilité superficielle :

- Normale  Hypoesthésie  Thermo Algique  Tactile  
 Territoire :  D  G .....  
 Anesthésie  Thermo Algique  Tactile  
 Territoire :  D  G .....  
 Hyperesthésie : .....

##### \*Sensibilité profonde :

- Normale  Pallesthésie  Normale  Hypopallesthésie  Apallesthésie  D  G  
 Niveau : .....  
 -Stéréognosie  Normale  Astéréognosie  D  G  
 -Graphesthésie  Normale  Agraphesthésie  D  G  
 -Préhension aveugle  Normale  Pathologique  D  G  
 -Doigt nez (yeux fermés)  Normale  Dysmétrie  D  G

### COORDINATION:

- Normale  non évaluée, cause : .....  
 Dysmétrie doigts-nez (yeux ouverts)  D  G  
 Dyschronométrie  D  G  
 Adiadococinésie  D  G  
 Dysgraphie :  Spirale d'Archimède  Lignes horizontales

## F- EXAMEN DU TRONC

**- Inspection :**

- normale
- cyphose                       scoliose                       cicatrice : .....
- Autres : .....
- Ampliation thoracique :     normale                       faible
- Toux :                               efficace                       inefficace

**- Palpation :**

- normale                       signe de la sonnette
- Autres : .....

**- Passage de la position couchée à la position assise :**

- normal                       possible                       avec aide                       Asynergie de Babinski
- impossible

**- Reflexes Cutanés Abdominaux :**

- T6-T8**                       présent                      aboli à :  D  G
- T8-T10**                       présent                      aboli à :  D  G
- T10- T12**                       présent                      aboli à :  D  G
- Non évalués : .....

**- Sensibilité :**

- normale

**\*Sensibilité superficielle :**

- Normale

- Hypoesthésie                       Thermo Algique                       Tactile
- Territoire :  D  G .....

- Anesthésie                       Thermo Algique                       Tactile
- Territoire :  D  G .....

- Niveau sensitif : .....

- Hyperesthésie : .....

**\*Sensibilité profonde :**

- Pallesthésie normale

- Hypopallesthésie                       Apallesthésie                       D  G
- Niveau normal: .....

**EXAMEN VESICO-SPHINCTERIENS :**

- Normale
- Miction impérieuse                       Dysurie                       Brulures mictionnelles
- Rétention urinaire                       Incontinence urinaire                       Incontinence fécale
- Névralgie pudendale                       Douleurs : .....
- Impuissance                       vessie frontale

**-Réflexes :**

- Réflexe anal à la toux (T12)                       présent                       aboli
- Réflexe crémasterien (L1)                       présent                       aboli                       D  G
- Réflexe bulbo- caverneux (S3/S4)                       présent                       aboli
- Réflexe anal (S3/S4)                       présent                       abol

**- Sensibilité :**

- Normale

- Hypoesthésie                       Thermo Algique                       Tactile
- En selle                       unilatérale :     D  G .....

- Anesthésie :                       Thermo Algique                       Tactile
- En selle                       unilatérale :     D  G .....

- Hyperesthésie : .....

**Autres :** .....

.....

.....

## G-MEMBRES INFÉRIEURS:

### INSPECTION

- normale
- Tremblements :**  de repos  D  G  d'attitude  D  G  
 d'action  D  G
- Mouvements anormaux :**  Ballisme  D  G  Athétose  D  G  
 Choréé  D  G  Dystonie  D  G

### MOTRICITÉ:

#### -Déficit Moteur :

- Non  Épreuves centrales  Mingazzini :  Paralysie  D  G  
 Parésie :  D  G

- Barré :  1<sup>er</sup> temps  D  G  
 2<sup>ème</sup> temps *Testing*  D  G  
 3<sup>ème</sup> temps *Tonus*  D  G

#### Testing musculaire ANNEXE 01

- Droite proximal : ..... /5 distal : ..... /5  
 Gauche proximal : ..... /5 distal : ..... /5

#### -Tonus :

- normal  hypotonie :  passivité :  D  G  
 extensibilité :  D  G  
 Hypertonie :  spastique :  D  G  
 plastique :  D  G

#### -ROT : Rotulien L4

- Droite  abolis  diminué  normal  vif  exagéré  pendulaire  
 Gauche  abolis  diminué  normal  vif  exagéré  pendulaire

#### Achilléen S1

- Droite  abolis  diminué  normal  vif  exagéré  
 Gauche  abolis  diminué  normal  vif  exagéré

#### -Reflexe cutané plantaire :

- en flexion  D  G  
 Indifférent  D  G  
 en extension  D  G

#### -Réponse idiomusculaire

- Présente  
 Absente au niveau : .....

#### -Troubles trophiques :

- Absents  
 Amyotrophie  Pied  D  G Type : .....  
 Mollet  D  G  
 Autres .....  Pseudo amyotrophie .....

### SENSIBILITÉ:

#### -Signes fonctionnels :

- Douleurs  Non  
 Oui : Type : ..... Territoire : .....  
 Douleurs neuropathique , scoré DN4 à : .....  
Paresthésies  Non  
 Oui : Type ..... Territoire : .....

#### -Signes objectifs :

##### \*Sensibilité superficielle :

- Normale  Hypoesthésie  Thermo Algique  Tactile  
Territoire :  D  G .....
- Anesthésie  Thermo Algique  Tactile  
Territoire :  D  G .....
- Hyperesthésie : .....

##### \*Sensibilité profonde :

- Normale -Pallesthésie  Normale  Hypopallesthésie  Apallesthésie  D  G  
Niveau : .....
- Stéréognosie  Normale  Astéréognosie  D  G  
-Graphesthésie  Normale  Agraphesthésie  D  G  
-Talon genou (yeux fermés)  Normale  Dysmétrie  D  G

### COORDINATION:

- Normale  non évaluée, cause : .....  
 Ataxie talon-genou (yeux ouverts)  D  G

## H- STATION DEBOUT :

Normale

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oscillations  | <input type="checkbox"/> Dense des tendons des JA | <input type="checkbox"/> élargissement du PS  |
| <input type="checkbox"/> Signe de Romberg                                      |   |   |
| <input type="checkbox"/> Romberg labyrinthique (temps de latence, yeux fermés) |   | <input type="checkbox"/> Déviation des indexe : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Signe de Gowers                                       | <input type="checkbox"/> signe du tabouret        | <input type="checkbox"/> signe de Gobsewich   |
| <input type="checkbox"/> Autres : .....  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Impossible : .....                                    |   |   |

## I - EXAMEN DE LA MARCHÉ :

Normale  
 Symétrique

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ébrieuse              | <input type="checkbox"/> Élargissement du PS  | <input type="checkbox"/> Ataxie à la Marche du Funambule |
|  | <input type="checkbox"/> Écartement des bras  | <input type="checkbox"/> Signe de Fournier               |
| <input type="checkbox"/> Fauchage              | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G   |  |
| <input type="checkbox"/> Steppage              | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G   |  |
| <input type="checkbox"/> Dandinante            | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G   |  |
| <input type="checkbox"/> Talonnante            | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G   |  |
| <input type="checkbox"/> Petits pas :          | Posture : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> voutée   |  |
|  | Bras : <input type="checkbox"/> balancement normal <input type="checkbox"/> perte du ballants : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G |  |
| <input type="checkbox"/> Freezing              | <input type="checkbox"/> Astasie /Abasie  | <input type="checkbox"/> Apraxie                         |
| <input type="checkbox"/> Autres : .....        |   |  |
| <input type="checkbox"/> Avec aide unilatérale | <input type="checkbox"/> aide bilatérale  |  |
| <input type="checkbox"/> Impossible : .....    |   |  |

## J - EXAMEN SOMATIQUE :

Sans particularité

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## **CONCLUSION :**

*Résumé de l'observation  
Regroupement syndromique*

**Diagnostic Topographique :**