

Nom, prénom :
Date de naissance :

Rempli par :
Validé par :

ÉVALUATION PARACLINIQUE

Jour

Mois

Année

POTENTIELS ÉVOQUÉS

Date :

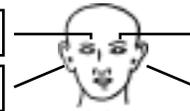
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Non fait Normal Anormal

Non fait Normal Anormal

VISUELS

○	○	○
---	---	---



○	○	○
---	---	---

AUDITIFS DU TRONC CÉRÉBRAL

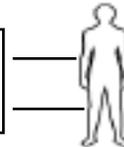
○	○	○
---	---	---

○	○	○
---	---	---

SOMESTHÉSIIQUES

Membres supérieurs

○	○	○
---	---	---



○	○	○
---	---	---

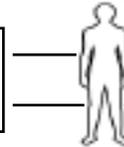
Membres inférieurs

○	○	○
---	---	---

MOTEURS

Membres supérieurs

○	○	○
---	---	---



○	○	○
---	---	---

Membres inférieurs

○	○	○
---	---	---

DROITE

GAUCHE