

EXAMEN NEUROLOGIQUE DES EQUIDES ADULTES – RESPE

Nom cheval :	Age :	Race :	Sexe :	Usage :
Propriétaire :				
Examiné le :	Température :	°C	FC =	bat/min.
Autres signes :- <i>Symptômes respiratoires</i> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, préciser (toux, jetage...) : <input type="checkbox"/> Inflammation oculaire <input type="checkbox"/> Avortement <input type="checkbox"/> Douleur (localisation :)				

TETE

Posture ¹	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Polygone de sustentation augmenté <input type="checkbox"/> Décubitus
Comportement	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Agressif <input type="checkbox"/> Anxieux <input type="checkbox"/> Hyperesthésique <input type="checkbox"/> Tremblements après stimuli <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Pousser au mur <input type="checkbox"/> Tourne en rond
Etat de vigilance	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abattu <input type="checkbox"/> Stupeur <input type="checkbox"/> ½ Coma <input type="checkbox"/> Coma
Port de tête	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Déviée à droite <input type="checkbox"/> Déviée à gauche <input type="checkbox"/> Penchée à droite <input type="checkbox"/> Penchée à gauche
Audition	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Test de Romberg (aveuglement)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A

YEUX	GAUCHE	DROIT
Vision II, test à la menace (II, VII, Cervelet)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Taille des pupilles (myosis/mydriase), réflexe photomoteur (II, III)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Position des globes, nystagmus (III, IV, VI, VIII)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Fond d'oeil (II, rétine)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A

FACE	GAUCHE	DROIT
Sensibilité septum nasal, face (V, Encéphale)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Expression (déviations...) (VII)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Masses masseters, tonus mandibule (V)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Mobilité oreilles, réflexe palpébral (V, VII)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Sudation (sympathique)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A

PHARYNX - LARYNX

Voix (IX, X)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Déglutition (IX, X)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A (dysphagie)
Réflexe thoraco-laryngé ²	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A Paralyse thoraco-laryngé : droit – gauche
Langue (XII, Encéphale)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A

ENCOLURE ET MEMBRES THORACIQUES

Port de l'encolure	N <input type="checkbox"/> Basse <input type="checkbox"/> Incurvée <input type="checkbox"/>
Masses musculaires	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Déformations	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Localisation :
Douleur	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Raideurs à la manipulation Localisation :
Sudation	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Localisation :
Réflexes spinaux ³	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A

ALLURES (petit cercle, reculer, trottoir)	ANTERIEURS		POSTERIEURS	
	DROIT	GAUCHE	DROIT	GAUCHE
Ataxie	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Parésie	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Spasticité, raideur	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Dysmétrie	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Appréciation chiffrée ⁴				

AUTRES SIGNES

Vessie	<input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Rétention urinaire
Tonus anal, queue	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Réflexe périnéal	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Remarques	

¹ N : Normal ; S : Suspect ; A : Anormal; si non évalué, indiquer NE

² Réflexe thoraco-laryngé ou « slap test » : nerf segmentaire thoracique (controlatéral), noyau X, X (nerf laryngé caudal récurrent ipsilatéral)

³ Réflexes cervico-facial et cutané du tronc (réflexe du panicule charnu) : nerfs spinaux segmentaires, VII, segments médullaires C8 – T1,

⁴ 0 : aucune anomalie ; 1 : anomalies inconstantes, révélées uniquement lors des tests ; 2 : anomalies légères à modérées, visibles seulement en mouvement ; 3 : anomalies sévères, visibles au repos; 4 : anomalies sévères, risque de chute ; 5 : décubitus