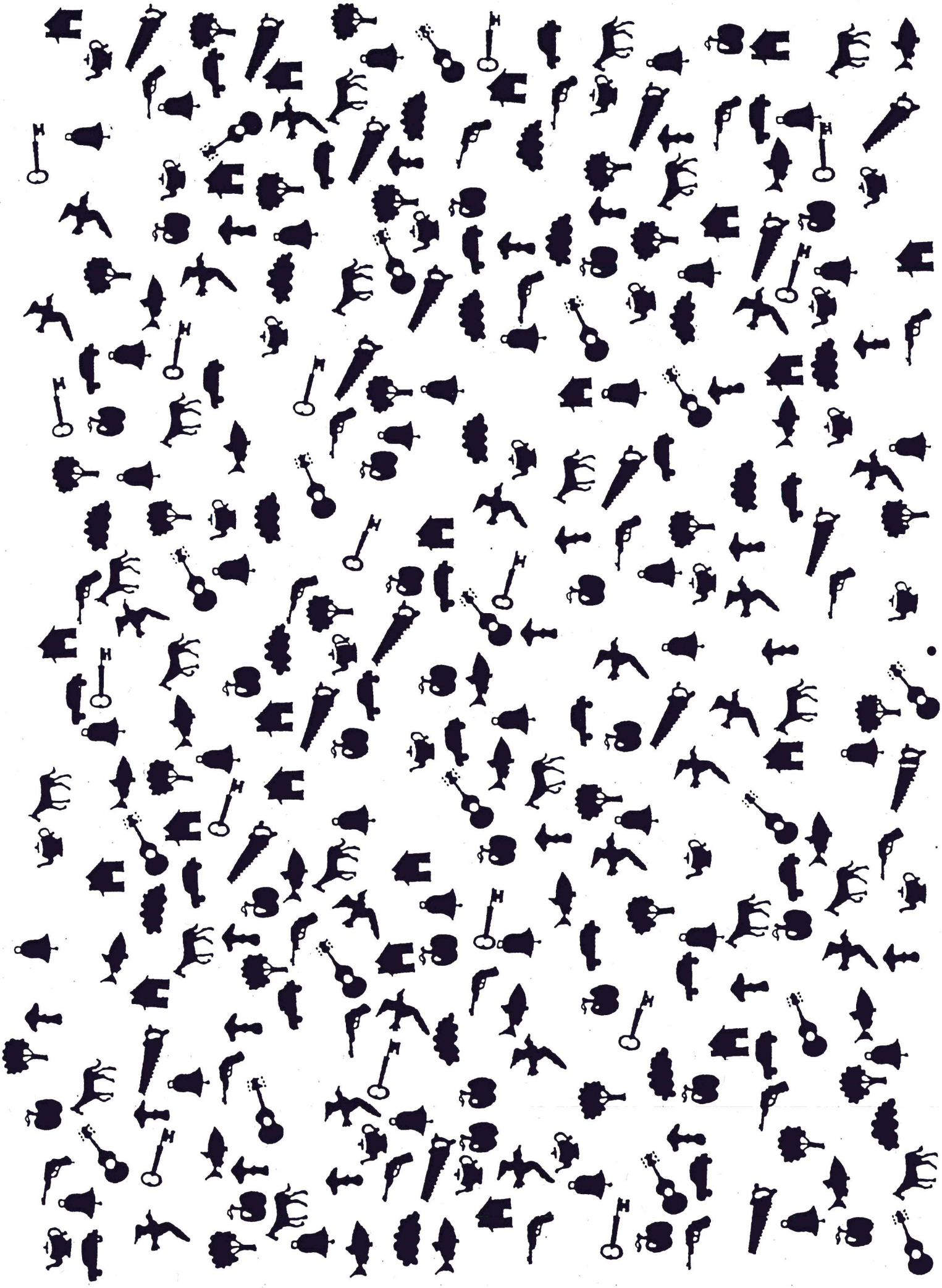
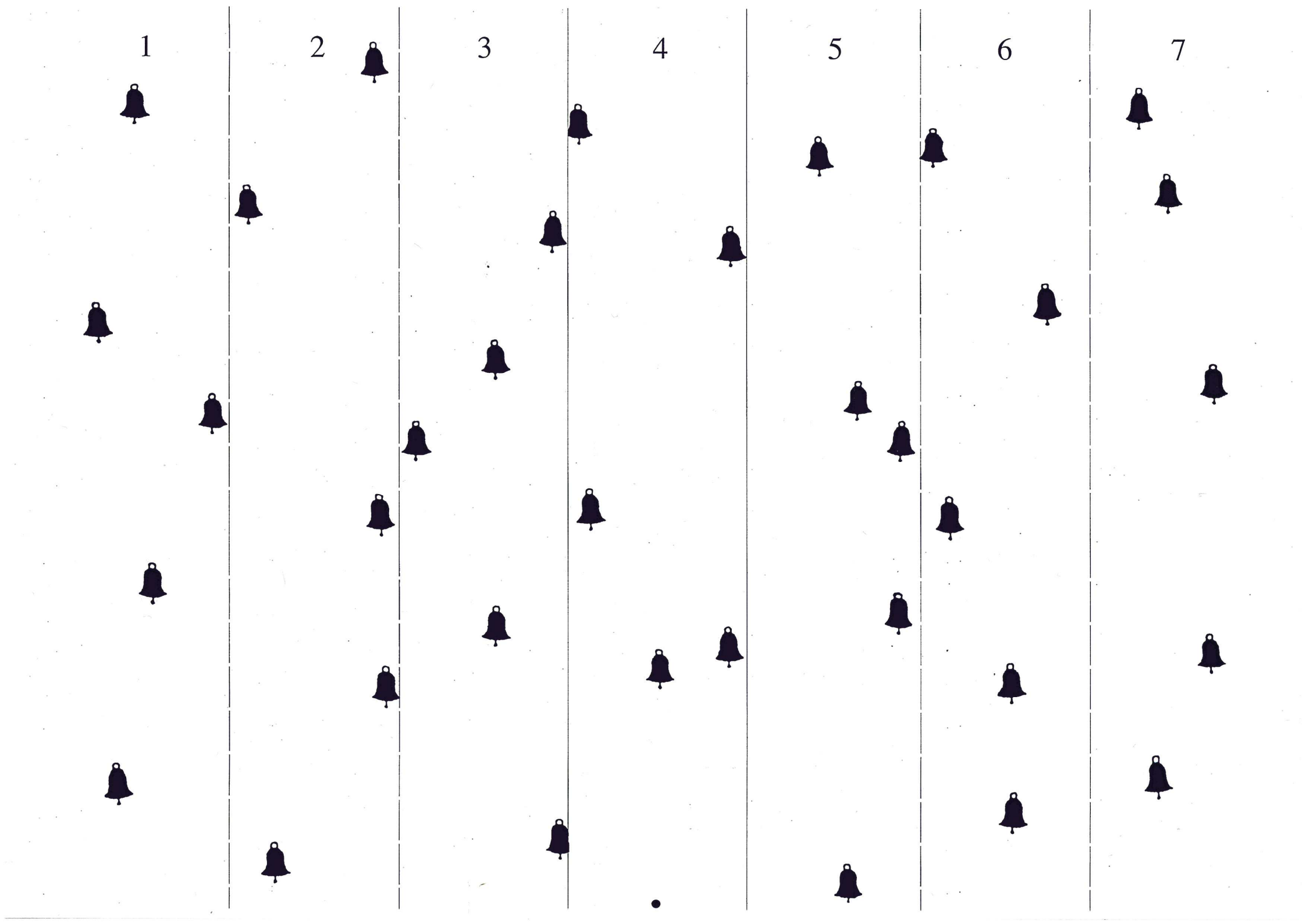
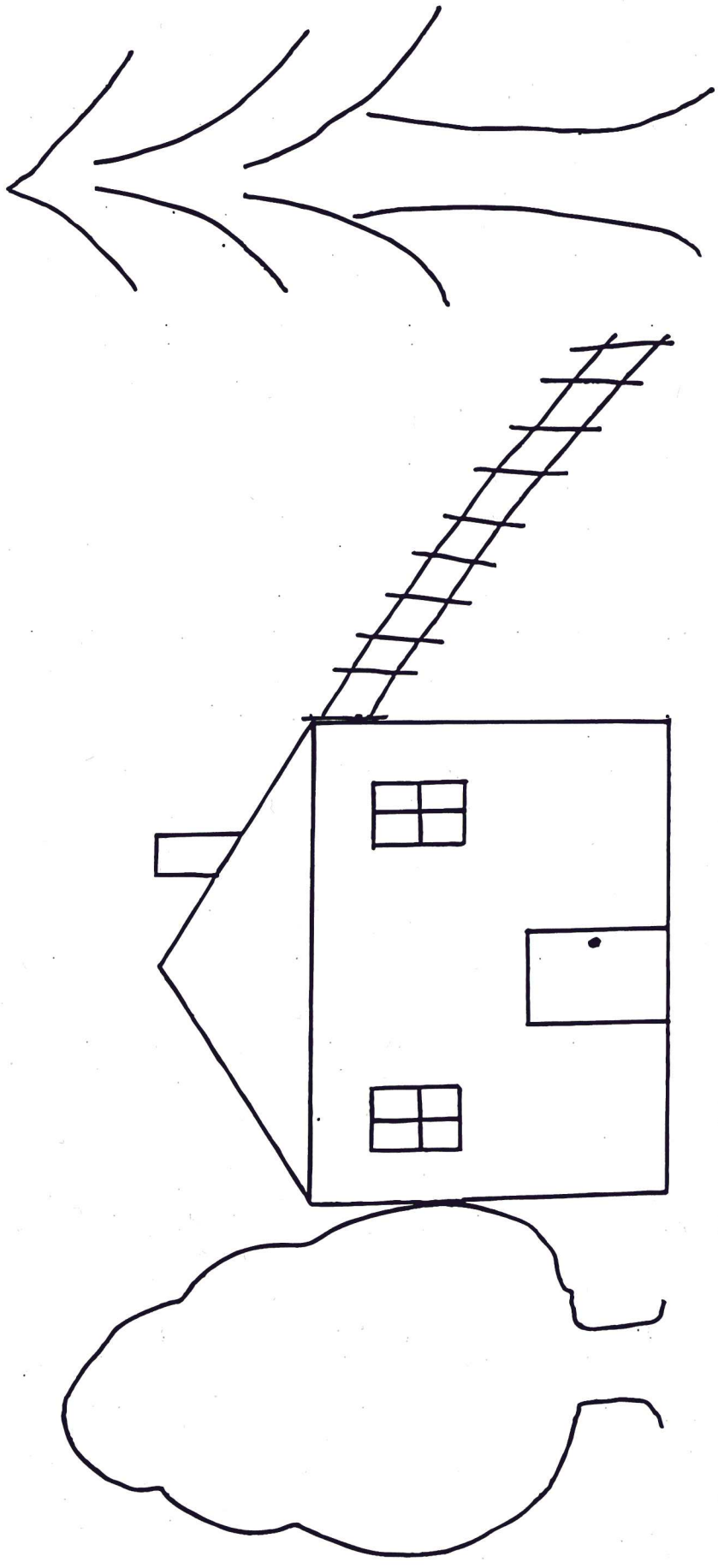
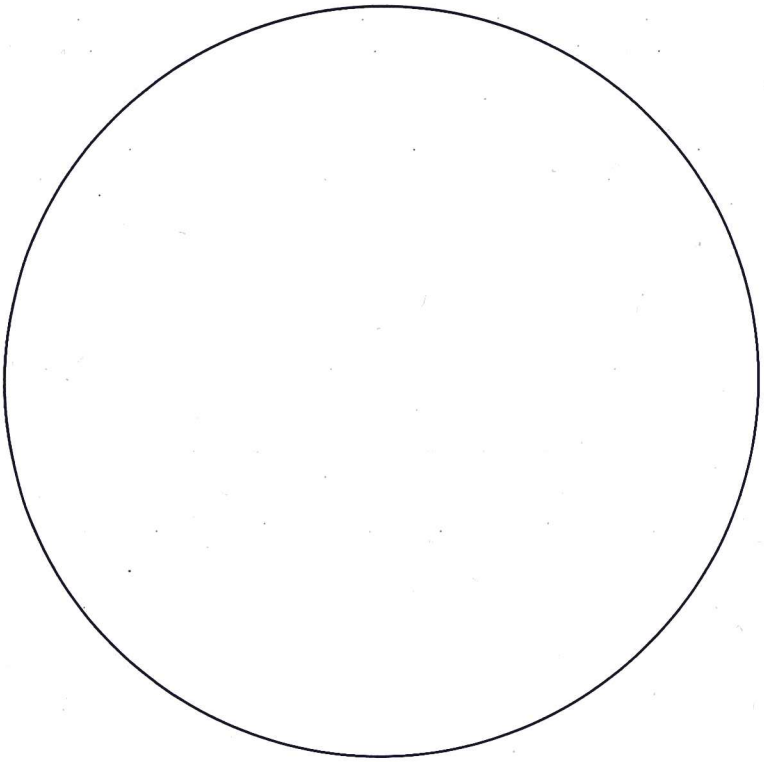
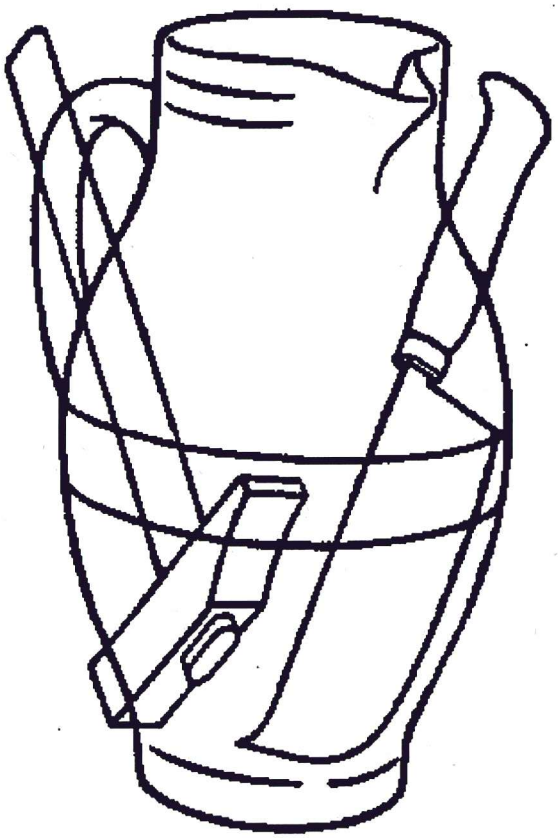


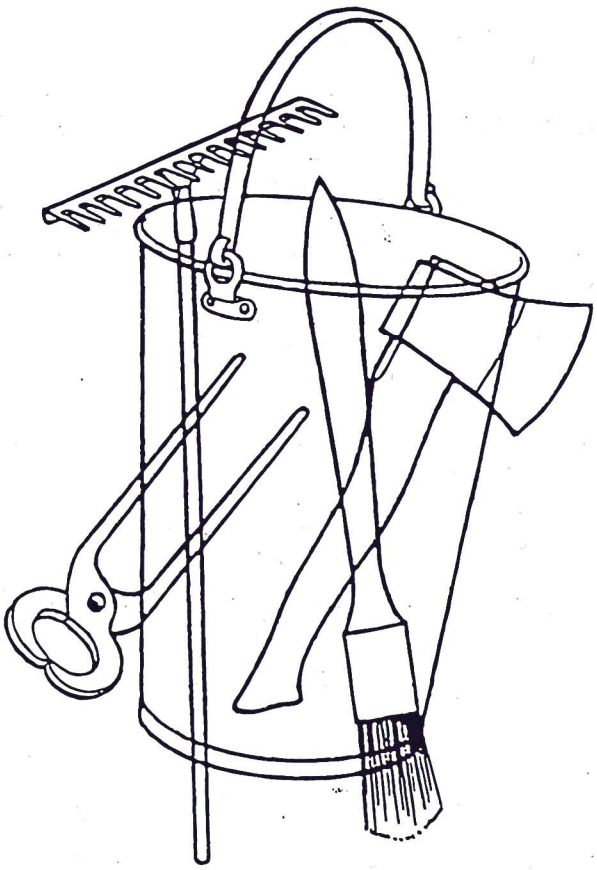

1
2
3
4
5
6
7

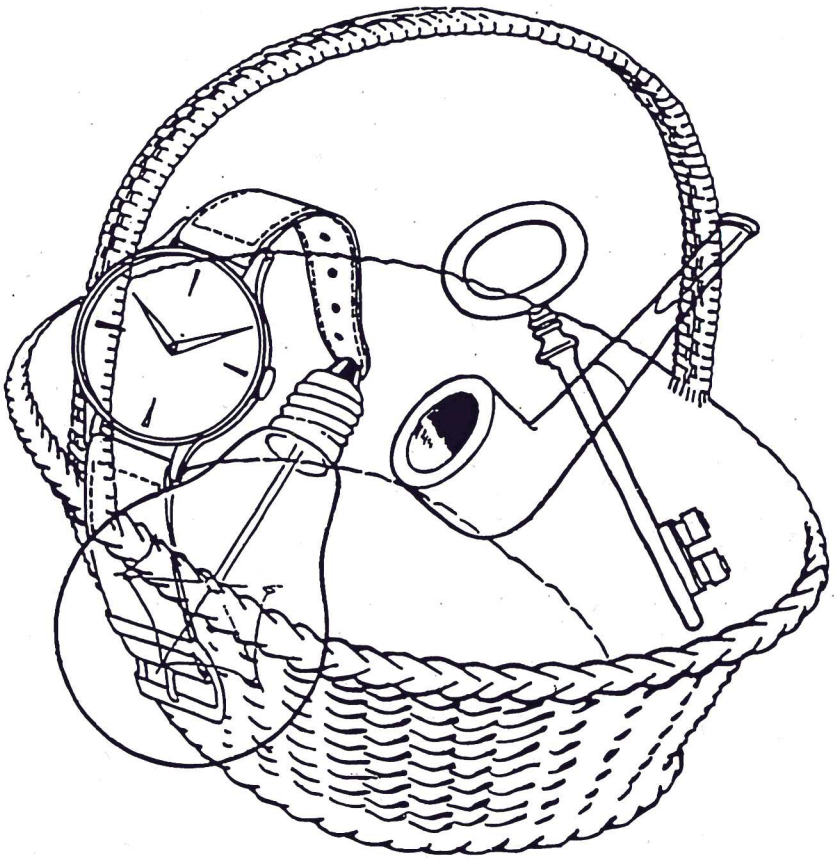


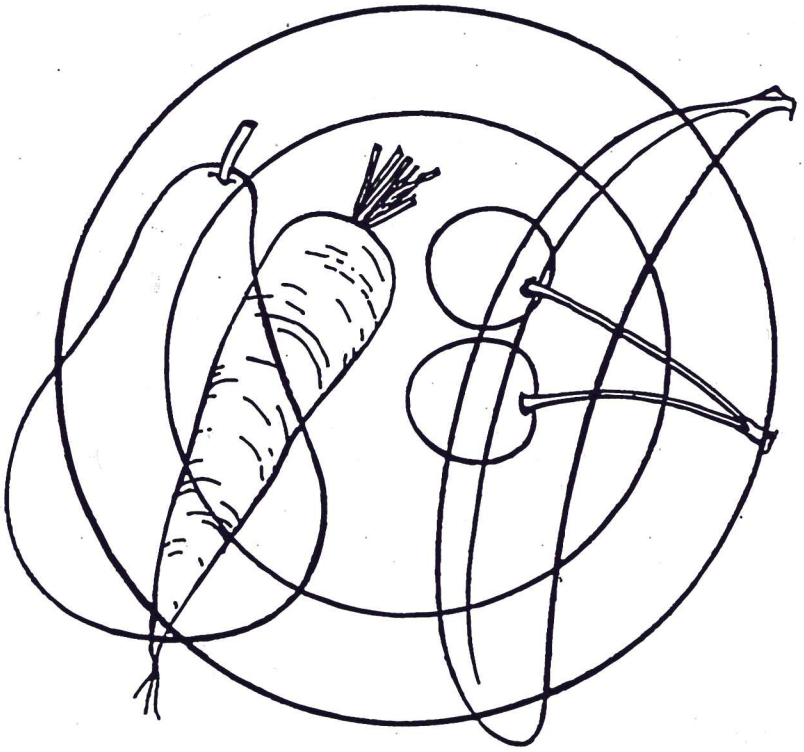


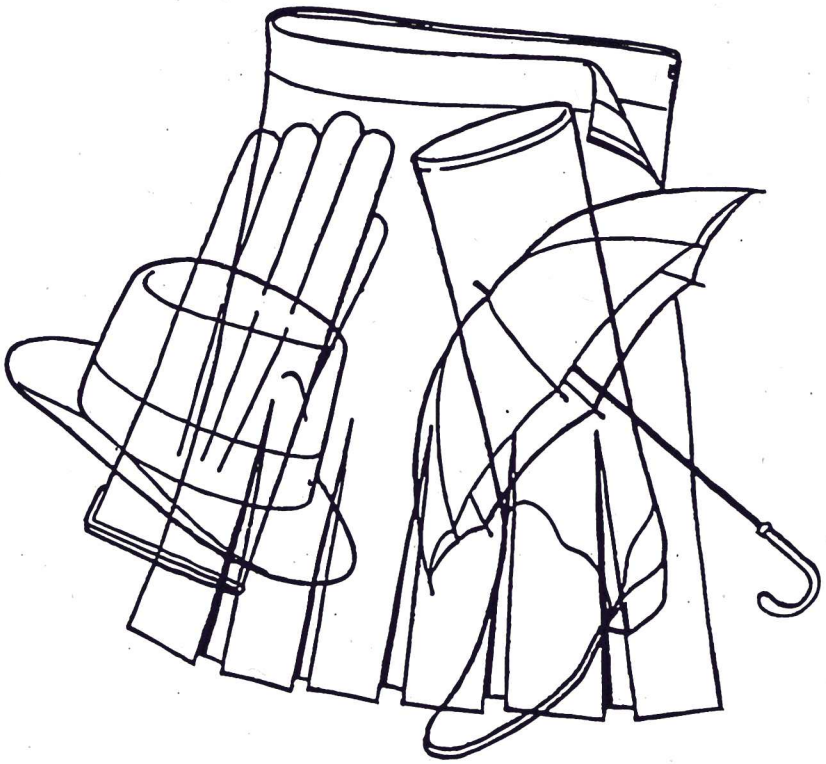












FEUILLE DE LECTURE DU PATIENT

« Il est 7h25. Robert boit son café. Il met sa veste et se rend au parking de l'immeuble. Une mauvaise surprise l'attend : son pneu avant gauche est crevé. Il change de roue et roule vers la porte d'Orléans. À 8h05, il prend la bretelle de l'autoroute A6 qui mène à Orly. Il doit ralentir. Devant lui, se trouve une voiture pilotée par Louise Merveille. Elle tient un flacon de vernis à ongles et néglige le volant. Un coup de pinceau généreux et précis s'accompagne d'un coup de frein brusque et involontaire : Robert, surpris, emboutit l'arrière de la voiture de Louise. C'est l'accident ! »

FEUILLE DE RESULTAT DE L'EXAMINATEUR :

« Il est 7h25. Robert boit son café. Il met sa veste et se rend /au parking de l'immeuble. Une mauvaise surprise l'attend : son pneu avant gauche est crevé. Il change de roue et roule / vers la porte d'Orléans. A 8h05, il prend la bretelle de l'autoroute A6 qui mène à Orly. Il doit ralentir. Devant lui, se / trouve une voiture pilotée par Louise Merveille. Elle tient un flacon de vernis à ongles et néglige le volant. Un coup de / pinceau généreux et précis s'accompagne d'un coup de frein brusque et involontaire : Robert, surpris, emboutit l'arrière / de la voiture de Louise. C'est l'accident !... »

Nombre de mots : 61 à gauche 55 à droite

Echelle C. Bergero

Héminégligence Gauche

Evaluation fonctionnelle réalisée par le thérapeute

Patient : **Date :** **Examinateur :**

1. Omission du côté gauche lors de la toilette (lavage, rasage, coiffure, maquillage).
   0 **1** **2** **3** **NV**

2. Mauvais ajustement des vêtements du côté gauche du corps.
   0 **1** **2** **3** **NV**

3. Difficultés à trouver les aliments du côté gauche de l'assiette, du plateau, de la table.
   0 **1** **2** **3** **NV**

4. Oubli d'essuyer le côté gauche de la bouche après le repas.
   0 **1** **2** **3** **NV**

5. Exploration et déviation forcée de la tête et des yeux vers la droite.
   0 **1** **2** **3** **NV**

6. " Oubli " de l'hémicorps gauche (par exemple : bras ballant hors du fauteuil, patient assis) ou couché sur son côté paralysé, pied gauche non posé sur la palette du fauteuil roulant, sous-utilisation des possibilités motrices).
   0 **1** **2** **3** **NV**

7. Ignorance ou indifférence aux personnes ou aux bruits venant de l'hémi-espace gauche.
   0 **1** **2** **3** **NV**

8. Déviation dans les déplacements (marche ou fauteuil roulant) amenant le patient à longer les murs du côté droit ou à heurter les murs, les portes ou les meubles sur sa gauche.
   0 **1** **2** **3** **NV**

9. Difficultés à retrouver des trajets ou lieux familiers lorsque le patient doit se diriger vers la gauche.
   0 **1** **2** **3** **NV**

10. Difficultés à retrouver des objets usuels lorsqu'ils sont situés à gauche.
    0 **1** **2** **3** **NV**

TOTAL (score total / nombre d'items valides) x 10 = _____/30

Cotation de l'intensité du trouble

0 : aucune négligence unilatérale
1 : négligence unilatérale discrète
2 : négligence unilatérale modérée
3 : négligence unilatérale sévère
NV : non valide

Echelle C. Bergero

Héminégligence Gauche
Auto-évaluation réalisée par le patient

Patient : **Date :** **Examinateur :**

Nous allons vous poser quelques questions pour comprendre si vous êtes gêné par un éventuel oubli du côté gauche, en dehors votre gêne motrice:

1. Avez-vous des difficultés pour laver le côté gauche de votre corps, pour vous raser du côté gauche, vous maquiller, vous coiffer du côté gauche ?
   0 **1** **2** **3** **NV**

2. Avez-vous des difficultés à ajuster vos vêtements du côté gauche ?
   0 **1** **2** **3** **NV**

3. Avez-vous des difficultés à trouver les aliments du côté gauche de l'assiette, du plateau, de la table ?
   0 **1** **2** **3** **NV**

4. Vous arrive-t-il d'oublier de vous essuyer le côté gauche de la bouche après le repas ?
   0 **1** **2** **3** **NV**

5. Avez-vous des difficultés pour diriger votre regard vers la gauche ?
   0 **1** **2** **3** **NV**

6. Vous arrive-t-il de ne pas faire attention à votre jambe ou votre bras gauche : par ex. de laisser votre bras hors de l'accoudoir ou d'oublier de mettre votre pied sur la palette du fauteuil roulant?
   0 **1** **2** **3** **NV**

7. Avez-vous des difficultés à discuter avec des gens situés à votre gauche ?
   0 **1** **2** **3** **NV**

8. En vous déplaçant, vous arrive-t-il de heurter les murs, les meubles ou les portes situés à votre gauche ?
   0 **1** **2** **3** **NV**

9. Avez-vous des difficultés à retrouver des trajets ou des lieux familiers lorsqu'ils sont situés sur la gauche ?
   0 **1** **2** **3** **NV**

10. Avez-vous des difficultés à retrouver des objets lorsqu'ils sont situés à gauche ?
    0 **1** **2** **3** **NV**

TOTAL (score total / nombre d'items valides) x 10 =_____/30

Cotation de l'intensité du trouble

0 : jamais
1 : parfois
2 : souvent
3 : presque toujours
NV: non valide

Echelle C. Bergero

Héminégligence Droite
réalisée par l'interrogatoire d'un proche, de la famille ou de l'entourage

Patient : **Date :** **Examinateur :**

Nous aimerions savoir si votre proche est gêné dans sa vie quotidienne par un éventuel oubli du côté droit, en dehors de sa gêne motrice:

1. Oublie-t-il de se laver le côté droit du corps, de se raser du côté droit, de se maquiller, de se coiffer du côté droit ?
   0 **1** **2** **3** **NV**

2. Oublie-t-il d'ajuster ses vêtements du côté droit du corps ?
   0 **1** **2** **3** **NV**

3. Oublie-t-il les aliments du côté droit de l'assiette, du plateau, de la table ?
   0 **1** **2** **3** **NV**

4. Lui arrive-t-il d'oublier d'essuyer le côté droit de la bouche après le repas ?
   0 **1** **2** **3** **NV**

5. A-t-il des difficultés pour diriger son regard vers la droite ?
   0 **1** **2** **3** **NV**

6. Lui arrive-t-il de ne pas faire attention à sa jambe ou à son bras droit : par exemple de laisser son bras ballant hors du fauteuil, ou d'oublier de mettre son pied sur la palette du fauteuil roulant ?
   0 **1** **2** **3** **NV**

7. A-t-il des difficultés à discuter avec des gens situés sur sa droite ?
   0 **1** **2** **3** **NV**

8. En se déplaçant, lui arrive-t-il de heurter les murs, les meubles ou les portes situés sur sa droite ?
   0 **1** **2** **3** **NV**

9. A-t-il des difficultés à retrouver des trajets ou lieux familiers lorsqu'il doit se diriger vers la droite ?
   0 **1** **2** **3** **NV**

10. A-t-il des difficultés à retrouver des objets usuels lorsqu'ils sont situés à droite ?
    0 **1** **2** **3** **NV**

TOTAL (score total / nombre d'items valides) x 10 =_____/30

Cotation de l'intensité du trouble

0 : jamais
1 : parfois
2 : souvent
3 : presque toujours

NV: non valide