

## ARKUSZ 4-MINUTOWEGO BADANIA NEUROLOGICZNEGO NURKA

Nazwisko i imię, wiek: .....

Miejsce badania: ..... data: ...../...../..... godzina: .....:.....

Parametr	Norma	Patologia / objaśnienie
<b>GŁOWA I SZYJA</b>		
Orientacja (czas, miejsce, osoba)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostrość wzroku (liczenie palców, podwójne widzenie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pole widzenia (wodzenie oczami za palcem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żrenice (szerokość, reakcja na światło)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruchy gałek ocznych (wodzenie „H”, oczopląs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czucie (czoło, policzki, żuchwa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaciskanie zębów (żwacze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marszczenie czoła	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zamykanie oczu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uśmiech lub grymas twarzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badanie słuchu (orientacyjne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Język (wysuwanie, zbaczanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polykanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>BARKI</b>		
Czucie dotyku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wzruszanie ramionami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>KOŃCZYNY GÓRNE</b>		
Czucie dotyku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siła mięśniowa:		
a) symetryczność uścisku palców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) próba „kciuk w dół” (opór siły przywodzenia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) próba „kciuk w kciuk” (opór siły odwodzenia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>KLATKA PIERSIOWA</b>		
Czucie dotyku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>KOŃCZYNY DOLNE</b>		
Czucie dotyku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siła mięśniowa:		
a) zgięcie i prostowanie stawów wbrew oporowi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Objaw Babińskiego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>