

Nom : \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_ Examineur : \_\_\_\_\_

**Symptômes post-TCCL**

Vérifier auprès du sujet la liste des symptômes ci-dessous. Demander au sujet de noter la sévérité de chaque symptôme en utilisant l'échelle de sévérité de 0 à 6

**Échelle d'évaluation des symptômes post-traumatisme crano- cérébrale**

	<u>Rien</u>	<u>Modéré</u>	<u>Sévère</u>		<u>Rien</u>	<u>Modéré</u>	<u>Sévère</u>								
Étourdissement	0	1	2	3	4	5	6	Labilité émotionnelle	0	1	2	3	4	5	6
Céphalée	0	1	2	3	4	5	6	Irritabilité	0	1	2	3	4	5	6
Nausée	0	1	2	3	4	5	6	Tristesse	0	1	2	3	4	5	6
Vomissement	0	1	2	3	4	5	6	Nervosité	0	1	2	3	4	5	6
Trouble d'équilibre	0	1	2	3	4	5	6	Engourdissement	0	1	2	3	4	5	6
Difficulté à s'endormir	0	1	2	3	4	5	6	Se sentir ralenti	0	1	2	3	4	5	6
Dormir plus qu'à l'habitude	0	1	2	3	4	5	6	Se sentir dans un nuage	0	1	2	3	4	5	6
Somnolence	0	1	2	3	4	5	6	Difficulté à se concentrer	0	1	2	3	4	5	6
Sensibilité à la lumière	0	1	2	3	4	5	6	Trouble de mémoire	0	1	2	3	4	5	6
Sensibilité aux bruits	0	1	2	3	4	5	6	Autre	0	1	2	3	4	5	6