

FERMEZ

VOS

YEUX

VEUILLEZ REPRODUIRE CETTE
FEUILLE RÉPONSE AU BESOIN

Feuille de correction – SMMSE

Nom du patient

Date

Section 1

- | | | | |
|-----------|----------------------------|---------------------|----------------------------|
| 1. Année | <input type="checkbox"/> 1 | 6. Pays | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Saison | <input type="checkbox"/> 1 | 7. Province | <input type="checkbox"/> 1 |
| 3. Mois | <input type="checkbox"/> 1 | 8. Ville ou village | <input type="checkbox"/> 1 |
| 4. Date | <input type="checkbox"/> 1 | 9. Endroit | <input type="checkbox"/> 1 |
| 5. Jour | <input type="checkbox"/> 1 | 10. Étage | <input type="checkbox"/> 1 |

Section 2

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Mot 1 | <input type="checkbox"/> 1 | 16. «Ni vu ni connu» | <input type="checkbox"/> 1 |
| Mot 2 | <input type="checkbox"/> 1 | 17. Ferme les yeux | <input type="checkbox"/> 1 |
| Mot 3 | <input type="checkbox"/> 1 | 18. Papier dans la
bonne main | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. «EDNOM» ou
«Sept en Série» | <input type="checkbox"/> 5 | Plie le papier en deux | <input type="checkbox"/> 1 |
| 3. Mot 1 | <input type="checkbox"/> 1 | Dépose le papier
sur le plancher | <input type="checkbox"/> 1 |
| Mot 2 | <input type="checkbox"/> 1 | | |
| 4. Montre-bracelet | <input type="checkbox"/> 1 | 19. Phrase | <input type="checkbox"/> 1 |
| 5. Crayon | <input type="checkbox"/> 1 | 20. Dessin | <input type="checkbox"/> 1 |
| | | Total des points | <input type="checkbox"/> 30 |

