

Deep Tendon Reflex Exam

PATIENT INFORMATION:

Full name: _____	Date of Birth (MM/DD/YY): _____ dd / mm / yyyy
Gender: _____	Height: _____
Weight: _____	Blood Pressure: _____
Heart Rate: _____	Respiratory Rate: _____
Biceps Actual Response: L: _____	Biceps Actual Response: R: _____
Triceps Actual Response: L: _____	Triceps Actual Response: R: _____
Brachioradialis Actual Response: L: _____	Brachioradialis Actual Response: R: _____
Patellar Actual Response: L: _____	Patellar Actual Response: R: _____
Ankle Actual Response: L: _____	Ankle Actual Response: R: _____
Plantar Actual Response: L: _____	Plantar Actual Response: R: _____

DESCRIPTION OF RESPONSES

Biceps:

Triceps:

Brachioradialis:

Patellar:

Ankle:

Plantar: