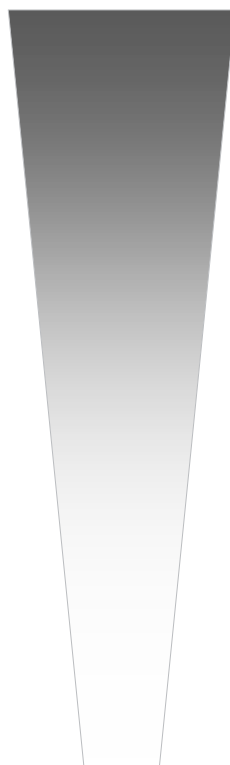


# Échelle Visuelle Analogique indicée (EVA indicée)

Douleur maximale

10



0

Pas de douleur

Nom du patient : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .... / .... / .....

Date de l'examen : .... / .... / .....