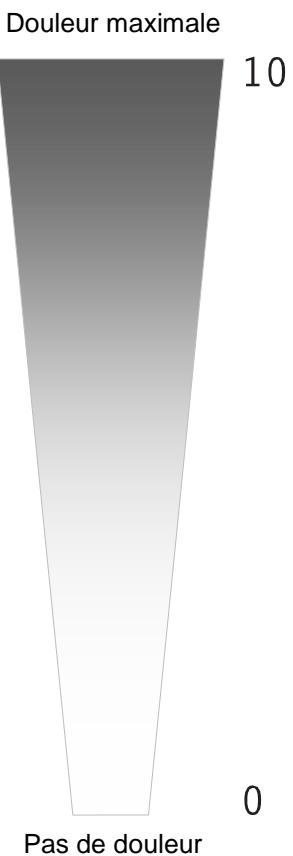


## Échelle Visuelle Analogique indiquée (EVA indiquée)



Nom du patient : .....  
Prénom : .....

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