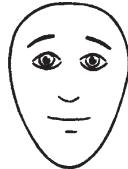


Faces Pain Scale verticale

Cotez de 0 à 6 selon l'importance de la douleur se rapportant au visage.



Nom du patient :

Prénom :

Date de naissance : / /

Date de l'examen : / /