

Echelle Visuelle Analogique : Intensité de la douleur

Nom Prénom

Date de naissance

Date de la consultation Score

Pas de douleur |-----| Douleur maximale imaginable

Date de la consultation Score

Pas de douleur |-----| Douleur maximale imaginable

Date de la consultation Score

Pas de douleur |-----| Douleur maximale imaginable

Date de la consultation Score

Pas de douleur |-----| Douleur maximale imaginable