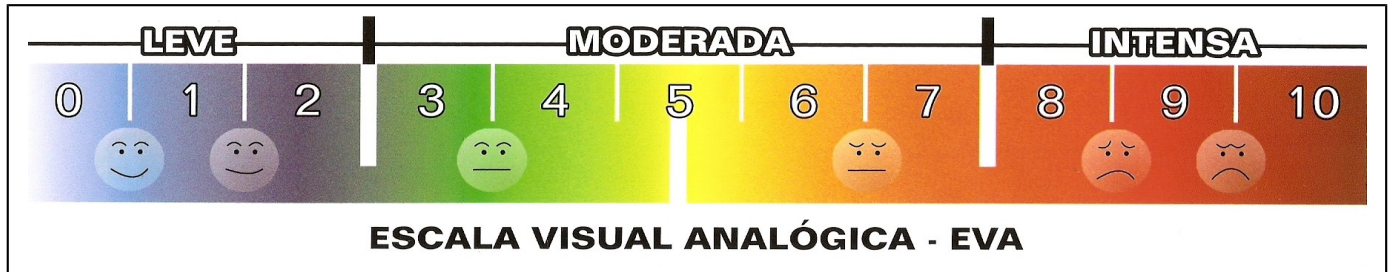


ANEXO I - ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA
Para ser preenchido pelo Médico Solicitante.

Nome do Paciente: _____



Questione o paciente:

- Você tem dor?
- Como você classifica sua dor?

OBS.: Deixe-o falar livremente e faça observações na pasta sobre o que ele falar. Procure tomar cuidado para não sugerir o paciente.

Análise:

Se não tiver dor, a classificação é **ZERO**.

Se a dor for moderada, seu nível de referência é **CINCO**.

Se for intensa, seu nível de referência é **DEZ**.

ESCORE TOTAL (máximo 10): _____

Data: ____/____/____.

Assinatura e carimbo do médico solicitante