

Num participante		Grupo		Fecha	
-------------------------	--	--------------	--	--------------	--

Por favor, responda las siguientes preguntas valorando su experiencia.
A RELLENAR POR TODAS LAS PACIENTES

VALORE LA INTENSIDAD DEL DOLOR PERCIBIDO DURANTE LA PRUEBA

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR
Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor

SIN DOLOR EL MÁXIMO DOLOR POSIBLE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VALORE LA INTENSIDAD DEL DOLOR RESIDUAL TRAS LA PRUEBA

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR
Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor

SIN DOLOR EL MÁXIMO DOLOR POSIBLE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10