Instruction pour l'échelle FSS*

Lisez chaque item et cochez/entourez un chiffre qui s'applique le plus à vous durant la semaine passée.
Une valeur basse indique que l'affirmation ne s'applique pas tout à fait ou pas du tout, tandis qu'une valeur élevée indique que l'affirmation s'applique fortement à votre état ou à ce que vous avez ressenti au cours de la semaine passée.

*échelle de sévérité de la fatigue

	Score/Intensité						
« Durant la semaine passée j'ai trouvé que... »	Pas du tout d'accord			Ni d'accord ni pas d'accord			Tout à fait d'accord
Je suis moins motivé quand je suis fatigué(e).	1	2	3	4	5	6	7
L'exercice physique me rend fatigué.	1	2	3	4	5	6	7
Je suis facilement fatigué(e).	1	2	3	4	5	6	7
La fatigue gène mon fonctionnement physique.	1	2	3	4	5	6	7
La fatigue me cause fréquemment des problèmes.	1	2	3	4	5	6	7
Ma fatigue m'empêche d'avoir une activité physique soutenue.	1	2	3	4	5	6	7
La fatigue m'empêche d'accomplir certains devoirs et responsabilités.	1	2	3	4	5	6	7
La fatigue est parmi mes trois symptômes les plus invalidants.	1	2	3	4	5	6	7
La fatigue interfère avec ma vie professionnelle et/ou familiale et/ou sociale.	1	2	3	4	5	6	7
SCORE MOYEN (Total/9) : SCORE TOTAL :							

Remarques & Commentaires :

NB. Ce questionnaire aide à mesurer votre situation, il n'établit pas de diagnostic. Apportez-le à votre médecin pour en discuter.