

FATIGUE : COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS AUJOURD'HUI ?

Intensité de la fatigue

1. À quel point avez-vous ressenti de la fatigue, de manière générale ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune fatigue									Aussi intense que je puisse l'imaginer	

2. À quel point étiez-vous fatigué(e) au moment où la fatigue était la plus forte ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune fatigue									Aussi intense que je puisse l'imaginer	

3. À quel point vous sentez-vous fatigué(e) en ce moment (maintenant) ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune fatigue									Aussi intense que je puisse l'imaginer	

Impact sur la vie quotidienne

Indiquez dans quelle mesure la fatigue a eu un impact sur les aspects suivants de votre vie au cours des dernières 24 heures :

4. Votre niveau général d'activité (p. ex. marcher, faire le ménage, vos loisirs) ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Absence totale d'impact									Je ne peux plus rien faire	

5. Votre humeur ou votre état émotionnel ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas d'impact									Impact très négatif	

6. Votre travail (y compris le bénévolat ou les tâches domestiques) ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas d'impact									Incapacité à travailler ou à effectuer des tâches	

7. Vos relations avec les autres (comme les membres de votre famille ou vos amis) ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas d'impact									Grande distance/impact élevé	

8. Votre plaisir ou intérêt pour la vie ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas d'impact									Absence totale de plaisir	

9. Votre capacité à marcher ou à vous déplacer ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas d'impact									Je pouvais à peine bouger	

10. Votre concentration ou votre clarté d'esprit ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucun problème									Très difficile de me concentrer ou de réfléchir	

Interprétation pour l'auto-évaluation :

- Score 1-3 = Fatigue légère
- Score 4-6 = Fatigue modérée
- Score 7-10 = Fatigue sévère

Portez une attention particulière aux questions 1 à 3 pour évaluer l'intensité et aux questions 4 à 10 pour mesurer l'impact sur votre vie quotidienne.

