

Nom
Date



ECHELLE DE SEVERITE DE FATIGUE / FATIGUE SEVERITY SCALE / 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 a fait ou pas du tout)

(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)

" Durant la semaine passée j'ai trouvé que"

Je suis moins motivé quand je suis fatigué (e)								
pas du tout	1	2	3	4	5	6	7	fortement

L'exercice physique me rend fatigué								
pas du tout	1	2	3	4	5	6	7	fortement

Je suis facilement fatigué								
pas du tout	1	2	3	4	5	6	7	fortement

La fatigue gêne mon fonctionnement physique								
pas du tout	1	2	3	4	5	6	7	fortement

La fatigue me cause fréquemment des problèmes								
pas du tout	1	2	3	4	5	6	7	fortement

Ma fatigue m'empêche d'avoir une activité physique soutenue								
pas du tout	1	2	3	4	5	6	7	fortement

La fatigue m'empêche d'accomplir certaines responsabilités								
pas du tout	1	2	3	4	5	6	7	fortement

La fatigue est parmi mes 3 symptômes les plus invalidants								
pas du tout	1	2	3	4	5	6	7	fortement

La fatigue interfère avec ma vie professionnelle et/ou familiale et/ou sociale								
pas du tout	1	2	3	4	5	6	7	fortement

SCORE MOYEN /9

(seuil à 5,5)

SCORE TOTAL /63