

**Questionnaire de fatigue**

**Nom : Date :**

**Prénom :**

**Date de naissance :** / /

Dans la vie courant, la plupart d’entre nous connaissent des moments de fatigue.

Vous êtes-vous senti(e) **inhabituellement** fatigué(e) cette dernière semaine ? Oui ☐ Non ☐

1. **Chiffrez l’intensité de votre fatigue au moment présent**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de fatigue Fatigue extrême

1. **Chiffrez l’intensité de votre fatigue moyenne pendant ces dernières 24h**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de fatigue Fatigue extrême

1. **Chiffrez l’intensité de votre fatigue maximale pendant ces dernières 24h**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de fatigue Fatigue extrême

1. **Chiffrez l’intensité avec laquelle votre fatigue a pu influencer votre…**
	1. **Activité quotidienne**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de fatigue Fatigue extrême

* 1. **Humeur**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de fatigue Fatigue extrême

* 1. **Marche**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de fatigue Fatigue extrême

* 1. **Vie professionnelle**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de fatigue Fatigue extrême

* 1. **Vie relationnelle**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de fatigue Fatigue extrême

* 1. **Joie de vivre**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de fatigue Fatigue extrême

**Dr. Laurent WINKLER**

