

# Fatigue Impact Scale (FIS)

**En raison de ma fatigue, au cours des quatre dernières semaines :**

	C'est tout à fait vrai	C'est plutôt vrai	C'est ni vrai ni faux	C'est plutôt faux	C'est tout à fait faux
1 J'ai été moins attentif (ve) à ce qui se passait autour de moi.	<input type="checkbox"/>				
2 J'ai eu l'impression de ne plus voir grand monde.	<input type="checkbox"/>				
3 J'ai dû diminuer ma charge de travail ou mes responsabilités.	<input type="checkbox"/>				
4 Je me suis senti(e) d'humeur changeante, avec des hauts et des bas.	<input type="checkbox"/>				
5 J'ai eu du mal à suivre très longtemps une conversation, une émission de télévision...	<input type="checkbox"/>				
6 Je n'ai pas pu garder les idées claires.	<input type="checkbox"/>				
7 J'ai été moins efficace dans mon travail (à la maison, au travail...).	<input type="checkbox"/>				
8 J'ai dû plus compter sur les autres dans la vie de tous les jours.	<input type="checkbox"/>				
9 J'ai eu des difficultés à prévoir des activités de peur de ne pouvoir les réaliser.	<input type="checkbox"/>				
10 J'ai été maladroit(e) ou moins précis(e) dans mes mouvements.	<input type="checkbox"/>				
11 J'ai été distrait(e) ou étourdi(e).	<input type="checkbox"/>				
12 J'ai été plus irritable et plus facilement en colère.	<input type="checkbox"/>				
13 J'ai dû faire attention dans le choix de mes activités physiques.	<input type="checkbox"/>				
14 J'ai eu moins envie de faire des efforts physiques.	<input type="checkbox"/>				
15 J'ai eu moins envie de sortir, de voir des amis...	<input type="checkbox"/>				
16 J'ai eu plus de mal à faire des choses qui m'obligeaient à sortir de chez moi.	<input type="checkbox"/>				
17 J'ai eu du mal à faire des efforts physiques prolongés.	<input type="checkbox"/>				
18 J'ai eu du mal à prendre des décisions.	<input type="checkbox"/>				
19 Je suis peu sorti(e) pour voir la famille, les amis...	<input type="checkbox"/>				
20 J'ai été stressé(e) par de petites choses.	<input type="checkbox"/>				

**En raison de ma fatigue, au cours des quatre dernières semaines :**

	C'est tout à fait vrai	C'est plutôt vrai	C'est ni vrai ni faux	C'est plutôt faux	C'est tout à fait faux
<b>21</b> J'ai eu moins envie de commencer quelque chose qui m'obligeait à réfléchir.	<input type="checkbox"/>				
<b>22</b> J'ai évité les situations stressantes.	<input type="checkbox"/>				
<b>23</b> J'avais moins de force dans les muscles.	<input type="checkbox"/>				
<b>24</b> J'ai été mal à l'aise physiquement.	<input type="checkbox"/>				
<b>25</b> J'ai eu du mal à faire face à des situations nouvelles.	<input type="checkbox"/>				
<b>26</b> J'ai eu du mal à terminer des choses quand il fallait réfléchir.	<input type="checkbox"/>				
<b>27</b> Je ne me suis pas senti(e) capable de répondre à ce qu'on attendait de moi.	<input type="checkbox"/>				
<b>28</b> Je me suis senti(e) moins en mesure de subvenir à mes besoins matériels et à ceux de ma famille.	<input type="checkbox"/>				
<b>29</b> J'ai eu moins d'activité sexuelle.	<input type="checkbox"/>				
<b>30</b> J'ai eu du mal à organiser mes idées à la maison ou au travail...	<input type="checkbox"/>				
<b>31</b> J'ai eu du mal à terminer les choses qui demandaient un effort physique.	<input type="checkbox"/>				
<b>32</b> J'ai été gêné(e) par l'impression que je donnais aux autres.	<input type="checkbox"/>				
<b>33</b> Je me suis senti(e) moins capable de faire face à mes émotions.	<input type="checkbox"/>				
<b>34</b> J'ai eu l'impression d'être plus lent(e) pour réfléchir.	<input type="checkbox"/>				
<b>35</b> J'ai eu du mal à me concentrer.	<input type="checkbox"/>				
<b>36</b> J'ai eu des difficultés à participer pleinement aux activités familiales.	<input type="checkbox"/>				
<b>37</b> J'ai réduit les activités qui demandaient un effort physique.	<input type="checkbox"/>				
<b>38</b> J'ai eu besoin de me reposer plus souvent ou plus longtemps.	<input type="checkbox"/>				
<b>39</b> Je n'ai pas été capable d'apporter à ma famille le soutien et l'affection nécessaires.	<input type="checkbox"/>				
<b>40</b> Je me suis fait une montagne de la moindre difficulté.	<input type="checkbox"/>				

Nom du patient : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .... / .... / .....

Date de l'examen : .... / .... / .....