

Pat nr _____

Datum_____

Fatigue Severity Scale (FSS)

I vilken utsträckning har Du känt det som nedanstående uttryck beskriver? För varje uttryck, svara spontant och ringa in den siffra som bäst motsvarar hur det har känts de senaste sex månaderna. Siffrorna varierar mellan 1 (stämmer inte alls) och 7 (stämmer helt).

| | Stämmer inte alls | | | | | Stämmer helt | |
|--|----------------------|---|---|---|---|-----------------|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. Min motivation är lägre när jag är uttröttad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Motion framkallar min trötthet. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Jag blir lätt uttröttad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ----- | | | | | | | |
| 4. Trötthet begränsar min fysiska funktionsförmåga. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Trötthet orsakar ofta problem för mig. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Min trötthet hindrar mig att utföra ihållande fysiska aktiviteter. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ----- | | | | | | | |
| 7. Trötthet hindrar mig från att utföra vissa uppgifter och åtaganden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Trötthet är ett av mina tre mest begränsande symtom. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Trötthet hindrar mitt arbete, familjeliv eller sociala liv. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |