

Imię i Nazwisko, rok urodzenia.....

SKALA ZMĘCZENIA (CFS)

(Ocena zmęczenia w ciągu ostatnich 4 tygodni)

Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni doświadczyłeś/eś którykolwiek z objawów? Jeżeli tak, zaznacz odpowiednią rubrykę wpisując „x”.

L.P	Objaw	Mniej niż zwykle	Tak samo	Bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle
1.	Czy czujesz się zmęczony?				
2.	Czy potrzebujesz więcej odpoczynku?				
3.	Czy czujesz się senny?				
4.	Czy masz problem żeby zacząć coś robić?				
5.	Czy czujesz jakbyś nie miał/a na nic siły?				
6.	Czy czujesz jakby Twoje mięśnie były „zrobione z waty”?				
7.	Czy czujesz się wyczerpany?				
8.	Czy masz problemy z koncentracją?				
9.	Czy masz wrażenie, że płacze Ci się język kiedy mówisz?				
10.	Czy jest Ci trudno podczas rozmowy znaleźć właściwe słowa?				
		Lepsza niż zwykle	Taka sama	Gorsza niż zwykle	Znacznie gorsza niż zwykle
11.	Jaka jest Twoja pamięć?				