

Fatigue Assessment Scale

Affaticamento/spossatezza

Le seguenti 10 affermazioni fanno riferimento a come si sente **in questo momento** nel corso della sua guarigione dalla malattia (COVID-19) [durante la settimana appena trascorsa]. **Per favore risponda a tutte le affermazioni, anche se non riflettono la sua situazione attuale.** *

	Mai	A volte	Regolarmente	Spesso	Sempre
Sono spossato / spossata / spossate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi stanco molto velocemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non faccio molto durante il giorno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho abbastanza energia per la vita di tutti i giorni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi sento fisicamente esausto / esausta / esauste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mai	A volte	Regolarmente	Spesso	Sempre
Ho problemi ad iniziare cose nuove	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ho difficoltà a formulare pensieri chiari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non sento il desiderio di fare niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi sento mentalmente esausto / esausta / esausta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando faccio qualcosa, riesco a concentrarmi bene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Rispetto a come si sentiva prima di contrarre la COVID-19, come descriverebbe il suo livello di affaticamento **durante** la guarigione? *

- Significativamente più elevato rispetto a prima
- Moderatamente più elevato rispetto a prima
- Leggermente più elevato rispetto a prima
- Uguale a prima
- Minore di prima

Quanto riesce a riposare in media QUOTIDIANAMENTE, durante la guarigione? (Per riposo si deve intendere: tempo di ripresa, rilassarsi senza alcun obbligo/lavoro, senza prendersi cura dei figli, etc.). **Non includa il sonno quotidiano notturno, né se sonnecchia durante il giorno.** *

- meno di 2 ore al giorno
- dalle 2 alle 4 ore al giorno
- dalle 4 alle 6 ore al giorno
- dalle 6 alle 8 ore al giorno

più di 8 ore al giorno

Se ha provato spossatezza, quando l'ha provata? *

Indichi i sintomi per le **prime 4 settimane**, poi **per i mesi successivi (se pertinente)**. Anche se il sintomo si è manifestato parzialmente (per un periodo) durante la settimana o il mese in questione, lo selezioni.

	Non applicabile/pertinente	1° settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	set
Affaticamento/spossatezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	