

## Fatigue Assessment Scale

### Fadiga

As próximas dez afirmativas se referem a como você se sente no **atual** estágio da sua recuperação da COVID-19 (ao longo da última semana). **Responda a cada uma das perguntas, mesmo se você não tiver queixas no momento.** \*

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Muitas vezes	Sempre
Estou incomodado com a fadiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu me canso muito rápido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu não faço muito durante o dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tenho energia suficiente para a vida cotidiana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fisicamente, eu me sinto exausto/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Às Vezes	Muitas vezes	Sempre
Eu tenho problemas para começar as coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tenho problemas para pensar de forma clara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não sinto vontade de fazer nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mentalmente eu me sinto exausto/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quando estou fazendo alguma coisa, consigo me concentrar bem



Comparando com como você se sentia antes de ter COVID-19, Como você descreve seu nível de fadiga **durante** sua recuperação da COVID? \*

- Significativamente maior do que antes da COVID
- Moderadamente maior do que antes da COVID
- Um pouco maior do que antes da COVID
- Similar à antes da COVID
- Menor do que antes da COVID

Quanto de descanso DIÁRIO você consegue/consegiu em média, DURANTE sua recuperação da COVID-19? (Descanço significa tempo para se recuperar/relaxar sem trabalho, cuidado de crianças ou outras obrigações). **Não inclua seu período de sono ou cochilos ao longo do dia.** \*

- menos de 2hrs por dia
- 2-4hrs
- 4-6hrs
- 6-8hrs
- mais de 8 horas por dia

Caso você tenha sentido fadiga, quando você sentiu? \*

Assinale os sintomas para as primeiras **4 semanas**, then **meses** (if

**applicable**). Mesmo se você tenha experienciado esses sintomas durante uma parte da semana ou mês, selecione-o.

	N/A	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mês 2</b>	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Fadiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>