

Agotamiento

Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.

En los últimos 7 días...		Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
NQFTG13	Me sentí exhausto/a.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NQFTG11	Me sentí sin energía.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NQFTG15	Sentí agotamiento.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NQFTG06	Estuve demasiado cansado/a para hacer mis tareas de la casa.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NQFTG07	Estuve demasiado cansado/a para salir de casa.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NQFTG10	Sentí frustración porque estaba demasiado cansado/a para hacer las cosas que quería hacer.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NQFTG14	Sentí cansancio.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NQFTG02	Tuve que limitar mis actividades sociales debido al cansancio.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NQFTG01	Necesité ayuda para hacer mis actividades habituales debido al agotamiento.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NQFTG03	Tuve que dormir durante el día.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NQFTG04	Tuve dificultad para <u>comenzar</u> las cosas porque estaba demasiado cansado/a.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NQFTG05	Tuve dificultad para <u>terminar</u> las cosas porque estaba demasiado cansado/a.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

©2008-2013 David Cella and the PROMIS Health Organization on behalf of the National Institute for Neurological Disorders and Stroke (NINDS). Used with permission.

En los últimos 7 días...		Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
NQFTG08	Estuve demasiado cansado/a para dar un paseo corto.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NQFTG09	Estuve demasiado cansado/a para comer...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NQFTG12	Estuve tan cansado/a que necesité descansar durante el día.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NQFTG16	Sentí debilidad en todo el cuerpo.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NQFTG17	Necesité ayuda para hacer mis actividades habituales debido a la debilidad.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NQFTG18	Tuve que limitar mis actividades sociales debido a la debilidad física.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NQFTG20	Tuve que obligarme a levantarme y hacer cosas porque estaba demasiado débil físicamente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5