

**ЛИЦЕВАЯ ШКАЛА**  
(Шкала клиниметрической оценки функции лица)

Возможно, Вы уже отвечали на эти или подобные вопросы. Пожалуйста, ответьте НА ВСЕ ВОПРОСЫ как можно точнее.

Следующие утверждения касаются того, как, по вашему мнению, движется Ваше лицо.

Обведите ТОЛЬКО ОДНО ЧИСЛО	С одной стороны	С двух сторон	У меня нет никаких трудностей с движениями лица
Когда я пытаюсь пошевелить лицом, то обнаруживаю, что мне трудно выполнить движения.	1	2	0

(Если у Вас есть проблемы с движениями с ДВУХ сторон, ответьте на вопросы в оставшейся части опросника относительно более пострадавшей половины, или относительно обеих сторон, если они затронуты одинаково).

**ЗА ПРОШЕДШУЮ НЕДЕЛЮ:**

Обведите ТОЛЬКО ОДНО ЧИСЛО в каждой строке	Совсем нет	Только если я сконцентрируюсь	Немного	Почти нормально	Нормально
1. Когда я улыбаюсь, угол рта на пораженной стороне поднимается	1	2	3	4	5
2. Я могу поднять бровь на пораженной стороне	1	2	3	4	5
3. Когда я складываю губы трубочкой, на пораженной стороне получается	1	2	3	4	5

Ниже приведены утверждения о том, как Вы можете чувствовать себя из-за своего лица или проблем с ним.

**Пожалуйста, оцените, как часто каждое из следующих утверждений было верно по отношению к Вам в течение ПРОШЕДШЕЙ НЕДЕЛИ.**

Обведите ТОЛЬКО ОДНО ЧИСЛО в каждой строке	Все это время	Большинство времени	Иногда	Редко	Никогда
4. В определенных участках лица я ощущал(а) стянутость, усталость или дискомфорт	1	2	3	4	5
5. Я чувствовал(а) сухость, «песок» и раздражение в глазу на пораженной стороне	1	2	3	4	5
6. Когда я пытался(ась) пошевелить мышцами лица, я чувствовал(а) напряжение, боль или спазм	1	2	3	4	5
7. Я использовал(а) глазные капли или мазь для глаза на пораженной стороне	1	2	3	4	5
8. Я чувствовал(а) избыточное выделение слезы и/или слезотечение глаза на пораженной стороне	1	2	3	4	5
9. Я вел себя иначе с людьми из-за своего лица или проблем с ним	1	2	3	4	5
10. Люди относились ко мне иначе из-за моего лица или проблем с ним	1	2	3	4	5
11. У меня были трудности с перемещением пищи во рту во время еды	1	2	3	4	5
12. У меня были проблемы со слюнотечением или удержанием пищи или напитков во рту (выпадала/вытекала изо рта, попадая на подбородок или одежду)	1	2	3	4	5

Ниже приведены утверждения о том, что Вы, могли чувствовать или делать В ТЕЧЕНИЕ ПРОШЕДШЕЙ НЕДЕЛИ из-за своего лица или проблем с ним.

**Пожалуйста, оцените, насколько Вы согласны с каждым утверждением.**

Обведите ТОЛЬКО ОДНО ЧИСЛО в каждой строке	Однозначно согласен	Скорее согласен	Не знаю	Скорее не согласен	Категорически не согласен
13. Я чувствовал(а) усталость в лице или когда я пытался пошевелить им я чувствовал напряжение, боль или спазм	1	2	3	4	5
14. Моя внешность повлияла на мою готовность участвовать в общественных мероприятиях или видиться с семьей и друзьями	1	2	3	4	5
15. Из-за трудностей с тем, как я ел(а), я избегал(а) приема пищи в ресторанах или в гостях	1	2	3	4	5

## ПРИЛОЖЕНИЕ

Оценка движений лица =  $((\text{пункт } 1 + 2 + 3) - \# \text{ valid}) / 4 \times (\# \text{ valid}) \times 100$

Оценка комфорта лица =  $((\text{пункт } 4 + 6 + 16) - \# \text{ valid}) / 4 \times (\# \text{ valid}) \times 100$

Оценка функций рта =  $((\text{пункт } 11 + 12) - \# \text{ valid}) / 4 \times (\# \text{ valid}) \times 100$

Оценка комфорта глаз =  $((\text{пункт } 5 + 7) - \# \text{ valid}) / 4 \times (\# \text{ valid}) \times 100$

Оценка контроля слезотечения =  $((\text{пункт } 8) - \# \text{ valid}) / 4 \times (\# \text{ valid}) \times 100$

Оценка социальной функции =  $((\text{пункт } 9 + 10 + 14 + 15) - \# \text{ valid}) / 4 \times (\# \text{ valid}) \times 100$

Общая оценка =  $((\text{сумма всех } 15 \text{ пунктов}) - \# \text{ valid}) / 4 \times (\# \text{ valid}) \times 100$

# (valid) допустимо = количество элементов в домене, на которые был дан адекватный ответ