

## Kwestionariusz Graded Chronic Pain Scale v.2 (GCPS v.2)

1. Ile dni w ciągu **ostatnich 6 miesięcy** odczuwałaś/-eś ból twarzy?  
Liczba dni .....

2. Jak byś oceniła/-ł swój **OBECNY** ból twarzy? Użyj poniższej skali, gdzie 0 oznacza brak bólu, natomiast 10 największy możliwy ból.

|           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------|
| Brak bólu |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | Największy ból |
| 0         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |                |

3. Jak byś oceniła/-ł swój **NAJWIĘKSZY** ból twarzy w OSTATNICH 30 DNIACH? Użyj tej samej skali, gdzie 0 oznacza brak bólu, natomiast 10 największy możliwy ból.

|           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------|
| Brak bólu |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | Największy ból |
| 0         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |                |

4. Jak byś oceniła/-ł **PRZECIĘTNĄ INTENSYWNOŚĆ** bólu twarzy w OSTATNICH 30 DNIACH? Użyj tej samej skali, gdzie 0 oznacza brak bólu, natomiast 10 największy możliwy ból. [Chodzi o Twój średni/przeciętny ból.]

|           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------|
| Brak bólu |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | Największy ból |
| 0         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |                |

5. Ile dni W CIĄGU OSTATNICH 30 DNI ból twarzy powstrzymywał Cię przed podejmowaniem **CODZIENNYCH CZYNNOŚCI** takich jak chodzenie do szkoły, pracy czy wykonywanie zajęć domowych? (jeśli codziennie, wpisz 30 dni)  
Liczba dni .....

6. W jakim stopniu ból twarzy wpływał lub ingerował w Twoje **CODZIENNE AKTYWNOŚCI W CIĄGU OSTATNICH 30 DNI**? Użyj poniższej skali, gdzie 0 oznacza brak wpływu, natomiast 10 brak możliwości wykonania czynności.

|             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                     |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------|
| Brak wpływu |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | Brak możliwości wykonania czynności |
| 0           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |                                     |

7. W jakim stopniu ból twarzy wpływał lub ingerował w Twoje **AKTYWNOŚCI REKREACYJNE, SPOŁECZNE CZY RODZINNE W CIĄGU OSTATNICH 30 DNI**? Użyj poniższej skali, gdzie 0 oznacza brak wpływu, natomiast 10 brak możliwości wykonania czynności.

|             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                     |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------|
| Brak wpływu |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | Brak możliwości wykonania czynności |
| 0           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |                                     |

8. W jakim stopniu ból twarzy wpływał lub ingerował w **MOŻLIWOŚĆ PODEJMOWANIA PRACY W CIĄGU OSTATNICH 30 DNI** włączając w to zajęcia domowe (gotowanie, pranie, sprząatanie)? Użyj poniższej skali, gdzie 0 oznacza brak wpływu, natomiast 10 brak możliwości wykonania czynności.

|             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                     |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------|
| Brak wpływu |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | Brak możliwości wykonania czynności |
| 0           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |                                     |