

Data

Imię i nazwisko

Kwestionariusz przedoperacyjny dotyczący chorób powierzchni oka

Suche oko jest częstą przyczyną wizyt u okulisty oraz może mieć wpływ na wyniki zabiegu operacyjnego oczu. Prosimy o chwilę uwagi, by dokładnie wypełnić kwestionariusz, wstawiając znak **X** przy właściwej odpowiedzi

1. Określ **częstość** występowania objawów używając poniższej listy rankingowej:

| OBJAWY | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|
| suchość, uczucie piasku, drapanie pod powiekami | | | | |
| bolesność lub podrażnienie | | | | |
| pieczenie lub łzawienie | | | | |
| zmęczenie oczu | | | | |

0 - nigdy
1 - czasami
2 - często
3 - zawsze

2. Określ **nasilenie** występowania objawów używając poniższej listy rankingowej

| OBJAWY | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|
| suchość, uczucie piasku, drapanie pod powiekami | | | | | |
| bolesność lub podrażnienie | | | | | |
| pieczenie lub łzawienie | | | | | |
| zmęczenie oczu | | | | | |

0 - brak objawów
1 - akceptowalne: nie idealnie, lecz nie niekomfortowo
2 - niekomfortowe: irytujące, ale nie przeszkadzają w codziennym funkcjonowaniu
3 - kłopotliwe: irytujące, przeszkadzają w codziennym funkcjonowaniu
4 - nieakceptowalne: uniemożliwiają codzienne funkcjonowanie

3. Zaznacz, jeżeli powyższe objawy wystąpiły:

..... dzisiaj w ostatnich 3 dniach w ostatnich 3 miesiącach

Czy używasz kropli nawilżających do oczu? tak nie jeśli tak to jak często?

Czy doświadczasz niestabilności widzenia? nigdy czasami często zawsze

Jeśli tak, to czy niestabilność widzenia poprawia się po mruganiu i/lub stosowaniu kropli nawilżających? tak nie

Czy kiedykolwiek stwierdzono zapalenie brzegów powiek? tak nie

Czy kiedykolwiek leczyłeś jęczmień? tak nie

Czy ostatnio wystąpił jakiś z podanych objawów powiekowych? zaczerwienienie łuski na rzęsach podrażnienie

Czy używasz soczewki kontaktowe? tak nie

Jeśli tak, to kiedy ostatnio były założone?

Jeśli tak, to czy czujesz się gorzej przy założonych soczewkach kontaktowych? tak nie

Czy twoje oczy swędzą? nigdy czasami często zawsze

Jeśli tak, to czy miałeś rozpoznane alergie środowiskowe lub alergiczne zapalenie spojówek? tak nie

Czy objawy ze strony oczu występują symetrycznie w obu oczach? tak nie

Jeśli nie, to które oko jest gorsze? prawe lewe

Czy przeszkadza ci używanie okularów lub soczewek kontaktowych w celu poprawy widzenia? tak nie

Jeśli tak, to czy rozważasz zabieg w pełni odpłatny, by zmniejszyć lub wyeliminować zależność od okularów?

..... tak nie

Proszę postawić znak **X** na poniższej skali tak, by jak najlepiej opisać swoją osobowość

* _____ *

akceptujący niedoskonałość

perfekcjonista

podpis _____