

**QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION
DE LA SÈCHERESSE OCULAIRE
SPEED II© PREOP OSD**

La sécheresse oculaire peut occasionner des visites fréquentes et avoir un impact sur les résultats post-opératoires. Bien vouloir répondre assidûment.

Nom et prénom : _____

1. Indiquez la FRÉQUENCE de vos symptômes en utilisant le tableau ci-bas :

SYMPTÔMES	0	1	2	3
Sécheresse, sensation de sable				
Inconfort, irritation				
Brûlement ou larmoiement				
Fatigue visuelle				

- 0 - JAMAIS
1 - PARFOIS
2 - SOUVENT
3 - CONSTAMMENT

3. Bien indiquer si vous avez expérimenté ces symptômes :

Aujourd'hui* Au cours des 3 dernières journées* Au cours des 3 derniers mois*

Utilisez-vous des gouttes/larmes artificielles ?		Oui*	Non	
Est-ce que votre vision fluctue ?	Jamais	Parfois*	Fréquemment*	Toujours*
Si oui, est-ce que votre vision s'améliore au clignement ou à l'ajout de gouttes/larmes artificielles ?		Oui*	Non	
Souffrez-vous de blépharite ?		Oui*	Non	
Avez-vous déjà eu un orgelet ou chalazion ?		Oui*	Non	
Avez-vous eu un ou plusieurs de ces symptômes récemment ?		Rougeurs paupières*	Croûtes à la base des cils*	Irritation des paupières*
Portez-vous des lentilles cornéennes ?		Oui*	Non	
Si oui, à quand remonte la dernière fois ? _____				
Si oui, vos yeux étaient-ils plus inconfortables avec les LC ?		Oui*	Non	
Est-ce que vos yeux démangent ?	Jamais	Parfois*	Fréquemment*	Toujours*
Souffrez-vous d'allergies saisonnières/ environnementales ou de conjonctivite allergique ?		Oui*	Non	
Les symptômes sont-ils similaires dans les 2 yeux ?		Oui	Non*	
Si non, lequel est le plus symptomatique ?		Droit	Gauche	

4. Sur une échelle de 0 à 5, veuillez indiquer dans quelle mesure vous vous situez pour décrire votre personnalité en général.

← 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 →
S'adapte facilement Perfectionniste

Signature : _____

Date (jj/mm/aaaa) : _____ / _____ / _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____ / _____ / _____

2. Indiquez la SÉVÉRITÉ de vos symptômes en utilisant le tableau ci-bas :

SYMPTÔMES	0	1	2	3	4
Sécheresse, sensation de sable					
Inconfort, irritation					
Brûlement ou larmoiement					
Fatigue visuelle					

- 0 - NE ME CAUSE AUCUN PROBLÈME
1 - TOLÉRABLE : pas parfait, mais non inconfortable
2 - INCONFORTABLE : irritant mais n'interfère pas avec mes activités
3 - NUISIBLE : irritant et interfère avec mes activités
4 - INTOLÉRABLE : incapable de faire mes activités quotidiennes

ESPACE RÉSERVÉ POUR LA CLINIQUE SEULEMENT

Total (Fréquence + Sévérité) : _____/28
Nombre de cases cochées avec un astérisque : _____/16
0 - 4 = Léger 5 - 8 = Modéré 8+ = Sévère