

Tørre øyne – Spørreskjema.

Høyre ø:	Venstre ø:

Dato:**Pasientens navn:**

Vennligst svar på de følgende spørsmålene ved å krysse av i den ruten som best representerer ditt svar. Kun et svar per spørsmål.

1. Kryss av for hvilke type symptomer du opplever og når de oppstår:

Symptomer:	Dette besøket:		Siste 72 timer:		Siste 3 måneder:	
	JA	NEI	JA	NEI	JA	NEI
Tørrhet, Sandkorn følelse, Kløe.						
Såre eller irriterte øyne.						
Brennende eller rennende øyne.						
Trette og slitne øyne.						

2. Kryss av for hyppighet av symptomer ved å bruke gradene i listen nedenfor:

0 = Aldri. 1 = Av og til. 2 = Ofte. 3 = Konstant.

Symptomer:	0	1	2	3
Tørrhet, Sandkorn følelse, Kløe.				
Såre eller irriterte øyne.				
Brennende eller rennende øyne.				
Trette og slitne øyne.				

3. Kryss av for alvorlighetsgraden av symptomene ved å bruke gradene i listen nedenfor:

0 = Ingen problemer.

1 = Akseptabelt - ikke perfekt, men heller ikke ukomfortabelt.

2 = Ukomfortabelt – plagsomt, men forstyrrer ikke min hverdag.

3 = Plagsomt – irriterer og forstyrrer min hverdag.

4 = Uutholdelig – ute av stand til å gjøre mine daglige gjøremål.

Symptomer:	0	1	2	3	4
Tørrhet, Sandkorn følelse, Kløe.					
Såre eller irriterte øyne.					
Brennende eller rennende øyne.					
Trette og slitne øyne.					

4. Bruker du øyedråper for fuktighet?

Hvis JA, hvor ofte?

JA	NEI