

Questionario di McMonnies “Dry Eye Survue”

Paziente

Data

Sesso M F

Età <25 Tra 25 e 45 >45

Uso Lac No lac RGP Morbide

1	Accusa qualcuno dei seguenti sintomi oculari? Bruciore <input type="checkbox"/> Pizzicore <input type="checkbox"/> Sensazione di corpo estraneo <input type="checkbox"/> Secchezza <input type="checkbox"/>
2	Con quale frequenza? Mai <input type="checkbox"/> Qualche volta <input type="checkbox"/> Spesso <input type="checkbox"/> Costantemente <input type="checkbox"/>
3	Le sono mai stati prescritti colliri per la secchezza oculare? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/>
4	Ha problemi di artrite? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/>
5	Ha problemi con la tiroide? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/>

6	<p style="text-align: center;">Accusa secchezza delle mucose?</p> <p>Mai <input type="checkbox"/></p> <p>Qualche volta <input type="checkbox"/></p> <p>Spesso <input type="checkbox"/></p> <p>Costantemente <input type="checkbox"/></p>
7	<p style="text-align: center;">I suoi occhi sono sensibili al fumo, allo smog, all'aria condizionata, al riscaldamento centralizzato?</p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Non so <input type="checkbox"/></p>
8	<p style="text-align: center;">I suoi occhi si arrossano facilmente dopo aver nuotato in piscina?</p> <p>Non effettua nuoto <input type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Talvolta <input type="checkbox"/></p>
9	<p style="text-align: center;">Assume qualcuno dei seguenti farmaci?</p> <p>Antistaminici pastiche <input type="checkbox"/></p> <p>Colliri antistaminici <input type="checkbox"/></p> <p>Diuretici <input type="checkbox"/></p> <p>Sonniferi <input type="checkbox"/></p> <p>Tranquillanti <input type="checkbox"/></p> <p>Contraccettivi orali <input type="checkbox"/></p> <p>Medicamenti per ulcera duodenale, o per disturbi digestivi, per ipertensione arteriosa <input type="checkbox"/></p>
10	<p style="text-align: center;">I suoi occhi sono irritati o "asciutti" il giorno dopo aver assunto alcool?</p> <p>Non beve <input type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Talvolta <input type="checkbox"/></p>
11	<p style="text-align: center;">Ritiene di dormire con gli occhi parzialmente aperti?</p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Talvolta <input type="checkbox"/></p>
12	<p style="text-align: center;">Ha gli occhi irritati al risveglio mattutino?</p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Talvolta <input type="checkbox"/></p>