

SPEED™ QUESTIONNAIRE

Imię: _____ Data: ____/____/____ Data Urodzenia: ____/____/____

Do standaryzowanej oceny pacjenta "Eye Dryness (SPEED) Questionnaire" Odpowiedz na pytania, zaznaczając pole, które najlepiej reprezentuje Twoją odpowiedź. Wybierz tylko jedną odpowiedź na pytanie,.

1. Zgłoś rodzaj objawów, których doświadczasz i serwatkę, w której występują:

Objawy	Podczas tej wizyty		W ciągu ostatnich 72 godzin		W ciągu ostatnich 3 miesięcy	
	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
Suchość lub drapanie						
Bolesność lub podrażnienie						
Palenie lub łzawienie oczu						
Zmęczenie oczu						

2. Zgłoś częstotliwość swoich objawów, korzystając z poniższej listy ocen:

Objawy	0	1	2	3
Suchość lub drapanie				
Bolesność lub podrażnienie				
Palenie lub łzawienie oczu				
Zmęczenie oczu				

0 = Nigdy 1 = Czasem 2 = Często 3 = Stałe

3. Zgłoś nasilenie objawów, korzystając z poniższej listy ocen:

Objawy	0	1	2	3	4
Suchość lub drapanie					
Bolesność lub podrażnienie					
Palenie lub łzawienie oczu					
Zmęczenie oczu					

0 = Żadnych problemów

1 = Znośny – nie idealny, ale nie niewygodny

2 = Niewygodny – irytujący, ale nie przeszkadza mi w dniu

3 = Uciążliwy – irytujący i zakłócający mój dzień

4 = Nieznośny – niezdolny do wykonywania codziennych zadań

4. Czy używasz kropli do oczu? ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, to jak często? _____