

Paziente/Soggetto #:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ora: \_\_\_\_\_

## Questionario sulle lenti a contatto -8 (CLDEQ-8)

### 1. Domande sul **FASTIDIO OCULARE**:

a. Durante una giornata tipo nelle ultime 2 settimane, **quanto spesso** hai provato fastidio agli occhi mentre usavi le lenti a contatto?

- 0 Mai
- 1 Raramente
- 2 Qualche volta
- 3 Frequentemente
- 4 Costantemente

Quando hai provato fastidio agli occhi mentre usavi le tue lenti a contatto, **quanto intensa era questa sensazione di fastidio...**

b. Alla fine del loro tempo d'uso?

Mai <u>avuta</u>	Per niente <u>intensa</u>	2	3	4	Molto <u>intensa</u>
0	1				5

### 2. Domande sulla **SECCHENZA OCULARE**:

a. Durante una giornata tipo nelle ultime 2 settimane, **quanto spesso** hai provato secchezza agli occhi?

- 0 Mai
- 1 Raramente
- 2 Qualche volta
- 3 Frequentemente
- 4 Costantemente

Quando hai provato secchezza agli occhi, **quanto intensa era questa sensazione di secchezza...**

b. Alla fine del loro tempo d'uso?

Mai <u>avuta</u>	Per niente <u>intensa</u>	2	3	4	Molto <u>intensa</u>
0	1				5

### 3. Domande su visione **SFOCATA, INSTABILE**:

a. Durante una giornata tipo nelle ultime 2 settimane, **quanto spesso** la tua visione è cambiata da nitida a sfocata, o annebbiata, mentre indossavi le lenti a contatto?

- 0 Mai
- 1 Raramente
- 2 Qualche volta
- 3 Frequentemente
- 4 Costantemente

Quando la tua visione era sfocata, **quanto evidente è stata la sensazione di visione instabile, sfocata o annebbiata...**

b. Alla fine del tempo d'uso?

Mai <u>avuta</u>	Per niente <u>intensa</u>	2	3	4	Molto <u>intensa</u>
0	1				5

### 4. Domanda sul **CHIUDERE I TUOI OCCHI**:

Durante una giornata tipo nelle ultime 2 settimane, **quanto spesso** i tuoi occhi ti hanno dato così tanto fastidio da volerli chiudere?

- 0 Mai
- 1 Raramente
- 2 Qualche volta
- 3 Frequentemente
- 4 Costantemente

### 5. Domanda sulla **RIMOZIONE DELLE LENTI A CONTATTO**:

Quanto spesso durante le ultime 2 settimane, hai provato un fastidio tale agli occhi, mentre indossavi le lenti a contatto, da sentire l'esigenza di interrompere quello che stavi facendo e **rimuovere le lenti a contatto?**

- 1 Mai
- 2 Meno di una volta a settimana
- 3 Una volta alla settimana
- 4 Diverse volte alla settimana
- 5 Quotidianamente
- 6 Diverse volte al giorno