

SPØRRESKJEMA TØRRE ØYNE - SPEED II

Navn: _____

Dato: _____

1. Beskriv **hyppigheten** av symptomene dine ved å krysse av i tabellen nedenfor

	0	1	2	3
Symptomer	Aldri	Noen ganger	Ofte	Alltid / Konstant
Tørrhet eller ruskfølelse				
Sårhet eller irritasjon				
Rennende øyne				
Trøtthet i øynene				

2. Beskriv **alvorlighetsgraden** av symptomene dine ved hjelp av listen nedenfor

	0	1	2	3	4
Symptomer	Ikke noe problem	Lette plager	Moderate plager	Alvorlig	Uutholdelig
Tørrhet eller ruskfølelse					
Sårhet eller irritasjon					
Rennende øyne					
Trøtthet					

3. Kryss av hvis du har opplevet symptomene ovenfor I dag Siste 3 dager
 siste 3 mnd

Bruker du kontaktlinser?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Benytter du deg av øyendråper og/eller salver	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Om ja, hvilke dråper/salver bruker du og hvor ofte?	_____
Når brukte du sist dråper/salver?	_____
Har du varierende syn som bedres ved blunking?	<input type="checkbox"/> Aldri <input type="checkbox"/> Noen ganger <input type="checkbox"/> Ofte
Har du Blefaritt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du blitt behandlet for «Sti på øyet»?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du hatt disse symptomer i det siste?	<input type="checkbox"/> Røde/irriterte øyelokk <input type="checkbox"/> Puss/flass på øyelokk