Cuestionario de Ojo Seco

Para uso oficial

Score = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sexo F M (circule)

Ojos seco es la condición mas frecuente por la cual un paciente visita a su especialista visual. Estamos consiente de las complicaciones que dicha condición conlleva. Por lo cual, le pedimos unos minutos para completar el siguiente cuestionario.

Informe la **Frecuencia** de síntomas de ojo seco que usted experimenta.

0=Nunca 1=A veces 2= A menudo 3=constante

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sintomas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Resequedad, sensación arenilla, picazon |  |  |  |  |
| Dolor o Irritacion |  |  |  |  |
| Ardor o Lagrimeo |  |  |  |  |
| Fatiga Visual  |  |  |  |  |

Informe la **Severidad** de sus síntomas utilizando las siguientes descripciones

0 = no hay problema

1 = tolerable- no perfecto pero no incomodo

2 = Incómodo – Irritante pero no interfiere con mi diario vivir

3 = Molesto- Irritante e interfiere con mi diario vivir

4 = Intolerable- interfiere y me imposibilita para hacer mis tareas

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sintomas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Resequedad, sensación arenilla, picazón |  |  |  |  |  |
| Dolor o Irritacion |  |  |  |  |  |
| Ardor o Lagrimeo |  |  |  |  |  |
| Fatiga Visual |  |  |  |  |  |

Por favor marque con una X si usted ha experimentado síntomas

Hoy\_\_\_\_\_ Entre las pasadas 72 horas \_\_\_\_\_ Entre los pasados 3 meses

Utiliza usted alguna gota o ungüento lubricante? Si No (Circule)

Si su contestación es si cual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha sido usted diagnosticado con blefaritis o tratado por orzuelo?

Blefaritis Si No (circule)

Orzuelo Si No (circule)

 Experimenta fluctuaciones en visión que corrigen al parpadear?

(Circule) Nunca A veces Frecuente Mucho/Casi siempre