

CUESTIONARIO SOBRE OJO SECO **SPEED™**

Nombre: _____ Fecha: ___/___/___ Sex: M F (Circle) DOB: ___/___/___

Responda a las siguientes preguntas marcando la casilla que mejor represente su respuesta. Seleccione solo una respuesta para cada pregunta.

1. Señale el tipo de SÍNTOMAS que experimenta y cuándo aparecen:

Síntomas	En esta visita		En las últimas 72 horas		En los últimos 3 meses	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sequedad, aspereza o picazón						
Dolor o irritación						
Ardor o lagrimeo						
Fatiga ocular						

2. Señale la FRECUENCIA de sus síntomas utilizando la lista de valoración a continuación:

Síntomas	0	1	2	3
Sequedad, aspereza o picazón				
Dolor o irritación				
Ardor o lagrimeo				
Fatiga ocular				

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

3. Señale la GRAVEDAD de sus síntomas utilizando la lista de valoración a continuación:

Síntomas	0	1	2	3	4
Sequedad, aspereza o picazón					
Dolor o irritación					
Ardor o lagrimeo					
Fatiga ocular					

0 = Sin problemas
 1 = Tolerable: no perfecto, pero no me causa molestia
 2 = Incómodo: irritante, pero no interfiere con mi vida cotidiana
 3 = Molesto: irritante e interfiere con mi vida cotidiana
 4 = Insoportable: no puedo realizar mis tareas cotidianas

4. ¿Utiliza gotas para la lubricación de los ojos? SÍ NO Si es así, ¿con qué frecuencia? _____