

Ek Dosya 1. Kontakt Lens (KL) Kuru Göz Anketi-8

1. Son 2 hafta içinde tipik bir gün boyunca KL kullanırken gözlerinizde ne sıklıkla konforsuzluk hissettiniz?

☐ 0 Hiç ☐ 1 Nadiren ☐ 2 Bazen ☐ 3 Sıklıkla ☐ 4 Sürekli

Eğer lensinizle konforunuzda azlık hissettiyseniz, lensi taktığınız sürenin sonunda bu hissin yoğunluğu neydi?

Hiç olmuyor Yoğun değil Çok yoğun
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

2. Son 2 hafta içinde tipik bir gün boyunca ne sıklıkta gözünüzde kuruluk hissettiniz?

☐ 0 Hiç ☐ 1 Nadiren ☐ 2 Bazen ☐ 3 Sıklıkla ☐ 4 Sürekli

Eğer lensinizle kuruluk hissettiyseniz, lensi taktığınız sürenin sonunda bu hissin yoğunluğu neydi?

Hiç olmuyor Yoğun değil Çok yoğun
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

3. Son 2 hafta içinde tipik bir gün boyunca KL kullanırken ne sıklıkta görmeniz bulanıklık fark ettiniz?

☐ 0 Hiç ☐ 1 Nadiren ☐ 2 Bazen ☐ 3 Sıklıkla ☐ 4 Sürekli

Eğer görmeniz bulanıklık fark ettiyseniz, lensi taktığınız sürenin sonunda bu hissin yoğunluğu neydi?

Hiç olmuyor Yoğun değil Çok yoğun
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4. Son 2 hafta içinde tipik bir gün boyunca ne sıklıkla gözlerinizde, gözlerinizi yumma isteği oluşturacak kadar rahatsızlık hissettiniz?

☐ 0 Hiç ☐ 1 Nadiren ☐ 2 Bazen ☐ 3 Sıklıkla ☐ 4 Sürekli

5. Son 2 hafta içinde lensinizi kullanırken gözlerinizde ne sıklıkla lenslerinizi çıkarma isteği hissettiniz?

- 1 Hiç
- 2 Haftada bir defadan az
- 3 Haftada bir
- 4 Haftada birkaç kez
- 5 Hergün
- 6 Günde birkaç kez