

Questionnaire sur la sécheresse oculaire DEQ 5

Nom _____

Date _____

1. Questions sur l'inconfort oculaire :

- a. En moyenne, combien de fois par jour avez-vous ressenti de l'inconfort dans vos yeux au cours du mois dernier?

0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Constamment

- b. Lorsque vous avez ressenti de l'inconfort oculaire, quelle était son intensité en fin de journée, soit environ deux heures avant le coucher?

0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Je n'ai jamais ressenti d'inconfort	Pas intense du tout			J'en ai ressenti un, et il était très intense

2. Questions sur la sécheresse oculaire :

- a. En moyenne, combien de fois par jour vos yeux vous ont-ils semblé secs au cours du mois dernier?

0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Constamment

- b. Lorsque vous avez ressenti une sécheresse oculaire, quelle était son intensité en fin de journée, soit environ deux heures avant le coucher?

0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Je n'ai jamais ressenti d'inconfort	Pas intense du tout			J'en ai ressenti un, et il était très intense

3. Questions sur les yeux larmoyant :

- a. En moyenne, combien de fois par jour avez-vous ressenti que vos yeux étaient larmoyants au cours du mois dernier ?

0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Constamment

Résultat

1.a. _____ + 1.b. _____ + 2.a. _____ + 2.b. _____ + 3. _____ = _____ **Total**

©Trustees of Indiana University, 2008. Tous droits réservés.