

PATIENT

Nom :

Âge :

Prénom :

DEQ 5 QUESTIONNAIRE SUR LA SECHERESSE OCULAIRE

1. Questions sur l'**INCONFORT OCULAIRE**

- a. Au cours d'une journée typique dans ce dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti un inconfort oculaire ?

0 Jamais

1 Rarement

2 Parfois

3 Fréquemment

4 Constamment

- b. Quand vous ressentez un inconfort oculaire, quelle est l'intensité de cet inconfort à la fin de la journée, dans les 2 heures avant de vous coucher ?

Jamais eu	Pas très intense			Très intense	
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

2. Questions sur **LA SECHERESSE OCULAIRE**

- a. Au cours d'une journée typique dans ce dernier mois, à **quelle fréquence** avez-vous senti vos yeux secs ?

0 Jamais

1 Rarement

2 Parfois

3 Fréquemment

4 Constamment

- b. Quand vous ressentez vos yeux secs, quelle est l'intensité de cette sensation de sécheresse à la fin de la journée, dans les 2 heures avant de vous coucher ?

Jamais eu	Pas très intense			Très intense	
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

3. Questions sur **LES YEUX QUI LARMOIENT**

Au cours d'une journée typique dans ce dernier mois, à **quelle fréquence** percevez-vous que vos yeux sont très humides ou larmoient ?

0 Jamais

1 Rarement

2 Parfois

3 Fréquemment

4 Constamment

SCORE :

1 a	+	1 b	+	2 a	+	2 b	+	3	=	TOTAL
_____	+	_____	+	_____	+	_____	+	_____	=	_____