

1. Pytania odnośnie DOLEGLIWOŚCI OCZU

a. Jak często w ciągu typowego dnia w ubiegłym miesiącu odczuwał Pan/Pani dolegliwości oczu?

0	<input type="checkbox"/>	Nigdy
1	<input type="checkbox"/>	Rzadko
2	<input type="checkbox"/>	Czasami
3	<input type="checkbox"/>	Często
4	<input type="checkbox"/>	Stale

b. W przypadku, gdy odczuwał Pan/Pani dolegliwości oczu, jak określiliby Pan/Pani ich nasilenie w ciągu dwóch godzin przed położeniem się spać?

Nie odczuwałem/ odczuwałam nasilonych dole- gliwości	Bardzo nieznaczne nasilenie				Znaczne nasilenie
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. Pytania odnośnie SUCHOŚCI OCZU

a. Jak często w ciągu typowego dnia w ubiegłym miesiącu odczuwał Pan/Pani suchość oczu?

0	<input type="checkbox"/>	Nigdy
1	<input type="checkbox"/>	Rzadko
2	<input type="checkbox"/>	Czasami
3	<input type="checkbox"/>	Często
4	<input type="checkbox"/>	Stale

b. W przypadku, gdy odczuwał Pan/Pani **suchość oczu** jak określiliby Pan/Pani jej nasilenie w ciągu dwóch godzin przed położeniem się spać?

Nie odczuwa- łem/odczuwa- łam nasilenia	Bardzo nieznaczne nasilenie				Znaczne nasilenie
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. Pytania odnośnie ŁZAWIENIA

Jak często w ciągu typowego dnia w ubiegłym miesiącu miał Pan/Pani poczucie łzawiących oczu?

0	<input type="checkbox"/>	Nigdy
1	<input type="checkbox"/>	Rzadko
2	<input type="checkbox"/>	Czasami
3	<input type="checkbox"/>	Często
4	<input type="checkbox"/>	Stale

WYNIK PUNKTOWY:

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

*TFOS DEWS II: Symptomatologia: DEQ-5 ≥ 6 / Jeśli wynik punktowy DEQ-5 jest > 12 należy podejrzewać zespół Sjögrena