

Patient Questionnaire Breakdown

Ερωτηματολόγιο 1 εβδομάδα μετά την επέμβαση

Ερώτηση	Answer options
Παρακαλούμε βαθμολογήστε την ικανοποίησή σας από τον χειρουργό που πραγματοποίησε την οφθαλμολογική σας επέμβαση.	0-10 scale (Καθόλου ικανοποιημένος > Πολύ ικανοποιημένος)
Παρακαλούμε βαθμολογήστε την ικανοποίησή σας από το νοσοκομείο – κλινική – δομή υγείας όπου υποβλήθηκατε στην οφθαλμολογική σας επέμβαση.	0-10 scale (Καθόλου ικανοποιημένος > Πολύ ικανοποιημένος)

Ερωτηματολόγιο 1 μήνα μετά την επέμβαση

Ερώτηση	Answer options
Τον τελευταίο μήνα, αισθανθήκατε ότι το κακό σας μάτι επηρεάζει ή εμποδίζει την όρασή σας γενικά;	Όχι, ποτέ
	Ναι, κάποιες φορές
	Ναι, τις περισσότερες φορές
	Ναι, όλη την ώρα
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά η όρασή σας έχει παρεμποδίσει τη ζωή σας γενικά;	Καθόλου
	Σχεδόν καθόλου
	Λίγο
	Ένα αρκετό ποσό
	Πολύ
	Ένα πολύ μεγάλο ποσό

Πώς θα χαρακτηρίζατε γενικά την όρασή σας τον τελευταίο μήνα - με ανοικτά και τα δύο μάτια, φορώντας γυαλιά ή φακούς επαφής αν το κάνετε συνήθως;	Εξαιρετική
	Πολύ καλό
	Αρκετά καλό
	Μέτριο
	Αρκετά κακό
	Πολύ κακό
	Τρομακτικό
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά η όρασή σας έχει παρεμποδίσει από το να κάνετε πράγματα που θα θέλατε;	Ποτέ
	Μερικές φορές
	Συχνά
	Καθόλη τη διάρκεια του χρόνου
Τον τελευταίο μήνα, αντιμετωπίσατε δυσκολία στην ανάγνωση βιβλίων ή εφημερίδων λόγω προβλημάτων με την όρασή σας;	Καμία δυσκολία
	Ναι, λίγη δυσκολία
	Ναι, κάποια δυσκολία
	Ναι, πολλή δυσκολία
	Δεν μπορώ πλέον να διαβάσω λόγω της όρασής μου
	Δεν μπορώ να διαβάσω εξαιτίας άλλων λόγων
Παρακαλούμε πείτε μας ποιος πραγματικά έδωσε τις απαντήσεις στις ερωτήσεις και ποιος τις κατέγραψε	Έδωσα όλες τις απαντήσεις και τις κατέγραψα μόνος μου
	Έδωσα όλες τις απαντήσεις και κάποιος άλλος τις κατέγραψε όπως τις είπα
	Ένας φίλος ή συγγενής έδωσε μερικές από τις απαντήσεις εκ μέρους μου

Ερωτηματολόγιο 3 μηνών μετά την επέμβαση

Ερώτηση	Answer options
Παρακαλούμε βαθμολογήστε την ικανοποίησή σας από το αποτέλεσμα της οφθαλμολογική σας επέμβασης.	0-10 scale (Καθόλου ικανοποιημένος > Πολύ ικανοποιημένος)
Πόσο συχνά φοράτε γυαλιά για αποστάσεις δραστηριοτήτων (π.χ. οδήγηση, παρακολούθηση τηλεόρασης);	0-10 scale (Πάντα> Ποτέ)
Πόσο συχνά φοράτε γυαλιά για ενδιάμεσες αποστάσεις (π.χ. χρήση υπολογιστή, μαγείρεμα);	0-10 scale (Πάντα> Ποτέ)
Πόσο συχνά φοράτε γυαλιά για κοντινές αποστάσεις (π.χ. ανάγνωση, χρήση κινητού τηλεφώνου);	0-10 scale (Πάντα> Ποτέ)
Έχετε τώρα τα οπτικά αποτελέσματα που συζητήσατε και συμφωνήσατε με τον χειρουργό σας;	Ναι/ Όχι/ Δεν είμαι σίγουρος
Αντιμετωπίζετε κάποιες διαταραχές στην όρασή σας κατά τη διάρκεια της ημέρας;	0-10 scale (Ποτέ > Συχνές και ενοχλητικές)
Αντιμετωπίζετε κάποιες διαταραχές στην όρασή σας κατά το απόγευμα / νύχτα	0-10 scale (Ποτέ > Συχνές και ενοχλητικές)

Ερωτηματολόγιο 1 έτος μετά την επέμβαση

Ερώτηση	Answer options
Παρακαλούμε βαθμολογήστε την ικανοποίησή σας από το αποτέλεσμα της οφθαλμολογική σας επέμβασης.	0-10 scale (Καθόλου ικανοποιημένος > Πολύ ικανοποιημένος)
Αντιμετωπίζετε κάποιες διαταραχές στην όρασή σας κατά τη διάρκεια της ημέρας;	0-10 scale (Ποτέ > Συχνές και ενοχλητικές)
Αντιμετωπίζετε κάποιες διαταραχές στην όρασή σας κατά το απόγευμα / νύχτα	0-10 scale (Ποτέ > Συχνές και ενοχλητικές)

Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε υποβληθεί σε επέμβαση με λέιζερ στον κερατοειδή σας (π.χ. LASIK, PRK);	Ναι/ Όχι
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε υποβληθεί σε επέμβαση με λέιζερ στο εσωτερικό του οφθαλμού σας (π.χ. Nd:YAG, laser καψουλοτομή);	Ναι/ Όχι
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε δεχθεί εμφύτευμα ενδοφθάλμιου φακού (ενδοφακού) σε οφθαλμό σας;	Ναι/ Όχι

Ερωτηματολόγιο 2 χρόνια μετά την επέμβαση

Ερώτηση	Answer options
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε υποβληθεί σε επέμβαση με λέιζερ στον κερατοειδή σας (π.χ. LASIK, PRK);	Ναι/ Όχι
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε υποβληθεί σε επέμβαση με λέιζερ στο εσωτερικό του οφθαλμού σας (π.χ. Nd:YAG, laser καψουλοτομή);	Ναι/ Όχι
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε δεχθεί εμφύτευμα ενδοφθάλμιου φακού (ενδοφακού) σε οφθαλμό σας;	Ναι/ Όχι

Ερωτηματολόγιο 3 χρόνια μετά την επέμβαση

Ερώτηση	Answer options
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε υποβληθεί σε επέμβαση με λέιζερ στον κερατοειδή σας (π.χ. LASIK, PRK);	Ναι/ Όχι
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε υποβληθεί σε επέμβαση με λέιζερ στο εσωτερικό του οφθαλμού σας (π.χ. Nd:YAG, laser καψουλοτομή);	Ναι/ Όχι
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε δεχθεί εμφύτευμα ενδοφθάλμιου φακού (ενδοφακού) σε οφθαλμό σας;	Ναι/ Όχι