

Patient Questionnaire Breakdown

1 Week post-op questionnaire

Question	Answer options
Valuti il suo grado di soddisfazione verso il chirurgo che ha effettuato il suo intervento	0-10 scale (Per niente soddisfatto > Estremamente soddisfatto)
Valuti il suo grado di soddisfazione verso la struttura dove si è svolto l'intervento	0-10 scale (Per niente soddisfatto > Estremamente soddisfatto)

1 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
Nel mese scorso, l'occhio operato ha influenzato o interferito con la sua vista in generale?	a. No, mai
	b. Sì, qualche volta
	c. Sì, la maggior parte delle volte
	d. Sì, sempre
Nel mese scorso, quanto la sua vista ha interferito con la sua vita in generale?	a. Per niente
	b. Quasi per niente
	c. Un po'
	d. Un po' tanto
	e. Molto
	f. Estremamente tanto

Come descriverebbe la sua vista in generale nel mese scorso, con entrambi gli occhi, indossando occhiali o lenti a contatto se li usa di solito?	a. Eccellente
	b. Molto buona
	c. Abbastanza buona
	d. Media
	e. Abbastanza scarsa
	f. Molto scarsa
	g. Atroce
Nel mese scorso, quanto spesso la sua vista le ha impedito di fare cose che avrebbe voluto fare?	a. Mai
	b. Qualche volta
	c. La maggior parte delle volte
	d. Sempre
Nel mese scorso, ha avuto difficoltà a leggere libri, giornali o semplice stampa a causa di problemi alla vista?	a. Nessuna difficoltà
	b. Sì, un po' di difficoltà
	c. Sì, qualche difficoltà
	d. Sì, molta difficoltà
	e. Non riesco più a leggere a causa della mia vista
	f. Non riesco a leggere per altre ragioni
Per favore, ci può dire chi effettivamente ha dato le risposte alle domande e chi le ha scritte.	a. Ho dato tutte le risposte e le ho scritte io stesso/a
	b. Ho dato tutte le risposte e qualcun altro le ha scritte mentre parlavo
	c. Un amico o un parente ha dato alcune risposte per conto mio

3 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
Valuti il suo grado di soddisfazione verso il risultato dell'intervento	0-10 scale (Per niente soddisfatto > Estremamente soddisfatto)
Con quale frequenza porta gli occhiali per le attività a distanza (ad esempio guidare, guardare la TV)?	0-10 scale (Sempre > Mai)
Con quale frequenza porta gli occhiali per le attività a media distanza (ad esempio usare un computer, cucinare)?	0-10 scale (Sempre > Mai)
Con quale frequenza porta gli occhiali per le attività a breve distanza (ad esempio leggere, usare il cellulare)?	0-10 scale (Sempre > Mai)
Ha ottenuto i risultati visivi che aveva discusso e concordato con il suo chirurgo?	Sì / No / Non sono sicuro
Soffre di disturbi alla vista durante il giorno?	0-10 scale (Mai > Spesso e fastidiosi)
Soffre di disturbi alla vista di sera/di notte?	0-10 scale (Mai > Spesso e fastidiosi)

1 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Valuti il suo grado di soddisfazione verso il risultato dell'intervento	0-10 scale (Per niente soddisfatto > Estremamente soddisfatto)
Soffre di disturbi alla vista durante il giorno?	0-10 scale (Mai > Spesso e fastidiosi)
Soffre di disturbi alla vista di sera/di notte?	0-10 scale (Mai > Spesso e fastidiosi)
Negli ultimi 12 mesi ha ricevuto altri interventi agli occhi con trattamento laser corneale (ad esempio LASIK, PRK)?	Sì / No

Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto a un trattamento laser all'interno dell'occhio (ad esempio Nd:YAG, capsulotomia)?	Sì / No
Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto a un trattamento laser all'interno dell'occhio con una lente intraoculare (IOL) aggiuntiva?	Sì / No

2 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Negli ultimi 12 mesi ha ricevuto altri interventi agli occhi con trattamento laser corneale (ad esempio LASIK, PRK)?	Sì / No
Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto a un trattamento laser all'interno dell'occhio (ad esempio Nd:YAG, capsulotomia)?	Sì / No
Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto a un trattamento laser all'interno dell'occhio con una lente intraoculare (IOL) aggiuntiva?	Sì / No

3 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Negli ultimi 12 mesi ha ricevuto altri interventi agli occhi con trattamento laser corneale (ad esempio LASIK, PRK)?	Sì / No
Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto a un trattamento laser all'interno dell'occhio (ad esempio Nd:YAG, capsulotomia)?	Sì / No
Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto a un trattamento laser all'interno dell'occhio con una lente intraoculare (IOL) aggiuntiva?	Sì / No