

1 Week post-op questionnaire

Question	Answer options
Veillez évaluer votre degré de satisfaction à l'égard du chirurgien qui a effectué votre chirurgie oculaire	0-10 scale (Pas du tout satisfait > Très satisfait)
Veillez évaluer votre satisfaction à l'égard de l'hôpital où vous avez été opéré	0-10 scale (Pas du tout satisfait > Très satisfait)

3 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
Veillez évaluer votre satisfaction à l'égard du résultat de votre chirurgie oculaire	0-10 scale (Pas du tout satisfait > Très satisfait)
À quelle fréquence portez-vous des lunettes pour réaliser certaines activités à distance (p. ex., conduire, regarder la télévision) ?	0-10 scale (Toujours > Jamais)
À quelle fréquence portez-vous des lunettes pour réaliser certaines activités à moyenne distance (p. ex., utiliser un ordinateur, cuisiner) ?	0-10 scale (Toujours > Jamais)
À quelle fréquence portez-vous des lunettes pour réaliser certaines activités à courte distance (p. ex., lire, utiliser un téléphone portable) ?	0-10 scale (Toujours > Jamais)
À quelle fréquence portez-vous des lunettes pour des raisons médicales (astigmatisme, p. ex.) ?	0-10 scale (Toujours > Jamais)
Avez-vous l'impression d'avoir obtenu les résultats visuels envisagés et convenus avec votre chirurgien ?	Oui / Non / Je ne sais pas

1 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Veillez évaluer votre satisfaction à l'égard du résultat de votre chirurgie oculaire	0-10 scale (Pas du tout satisfait > Très satisfait)
Ressentez-vous certains troubles de la vue pendant la journée ?	0-10 scale (Fréquents et gênants > Jamais)
Ressentez-vous certains troubles de la vue le soir ou la nuit ?	0-10 scale (Fréquents et gênants > Jamais)
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi un traitement au laser sur la cornée (p. ex., LASIK, PRK) ?	Oui / Non
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi un traitement au laser à l'intérieur de l'œil (p. ex. Nd:YAG, capsulotomie) ?	Oui / Non

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi une implantation d'une lentille intraoculaire supplémentaire dans votre œil (LIO) ?	Oui / Non
---	-----------

2 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi un traitement au laser sur la cornée (p. ex., LASIK, PRK) ?	Oui / Non
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi un traitement au laser à l'intérieur de l'œil (p. ex. Nd:YAG, capsulotomie) ?	Oui / Non
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi une implantation d'une lentille intraoculaire supplémentaire dans votre œil (LIO) ?	Oui / Non

3 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi un traitement au laser sur la cornée (p. ex., LASIK, PRK) ?	Oui / Non
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi un traitement au laser à l'intérieur de l'œil (p. ex. Nd:YAG, capsulotomie) ?	Oui / Non
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi une implantation d'une lentille intraoculaire supplémentaire dans votre œil (LIO) ?	Oui / Non