

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)

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)
Con quale frequenza porta gli occhiali per motivi di salute (ad esempio astigmatismo)?	0-10 scale (Sempre > Mai)
Ha ottenuto i risultati visivi che aveva discusso e concordato con il suo chirurgo?	Sì / No / Non sono sicuro

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 (Spesso e fastidiosi > Mai)
Soffre di disturbi alla vista di sera/di notte?	0-10 scale (Spesso e fastidiosi > Mai)
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