

1 Week post-op questionnaire

Question	Answer options
Classifique a sua satisfação com o cirurgião que realizou a sua cirurgia oftalmológica	0-10 scale (Nada satisfeito > Extremamente satisfeito)
Classifique a sua satisfação com o hospital onde realizou a sua cirurgia oftalmológica	0-10 scale (Nada satisfeito > Extremamente satisfeito)

3 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
Classifique a sua satisfação com o resultado da sua cirurgia oftalmológica	0-10 scale (Nada satisfeito > Extremamente satisfeito)
Com que frequência usa óculos para as atividades ao longe (por exemplo, conduzir, ver televisão)?	0-10 scale (Sempre > Nunca)
Com que frequência usa óculos para as atividades de média distância (por exemplo, utilizar um computador, cozinhar)?	0-10 scale (Sempre > Nunca)
Com que frequência usa óculos para as atividades de distância ao perto (por exemplo, leitura, utilizar um telemóvel)?	0-10 scale (Sempre > Nunca)
Com que frequência usa óculos por razões médicas (por exemplo, astigmatismo)?	0-10 scale (Sempre > Nunca)
Agora tem os resultados visuais que discutiu e acordou com o seu cirurgião?	Sim / Não / Não tenho a certeza

1 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Classifique a sua satisfação com o resultado da sua cirurgia oftalmológica.	0-10 scale (Nada satisfeito > Extremamente satisfeito)
Tem perturbações visuais durante o dia?	0-10 scale (Frequentes e incómodas > Nunca)
Tem perturbações visuais à noite?	0-10 scale (Frequentes e incómodas > Nunca)
Nos últimos 12 meses, foi submetido a algum tratamento a laser da córnea (por exemplo, LASIK, PRK)?	Sim / Não
Nos últimos 12 meses, foi submetido a algum tratamento a laser no interior do olho (por exemplo, Nd:YAG, capsulotomia)?	Sim / Não
Nos últimos 12 meses, foi submetido a algum procedimento de implante de alguma lente intraocular complementar (LIO) no interior do olho?	Sim / Não

2 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Nos últimos 12 meses, foi submetido a algum tratamento a laser da córnea (por exemplo, LASIK, PRK)?	Sim / Não
Nos últimos 12 meses, foi submetido a algum tratamento a laser no interior do olho (por exemplo, Nd:YAG, capsulotomia)?	Sim / Não
Nos últimos 12 meses, foi submetido a algum procedimento de implante de alguma lente intraocular complementar (LIO) no interior do olho?	Sim / Não

3 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Nos últimos 12 meses, foi submetido a algum tratamento a laser da córnea (por exemplo, LASIK, PRK)?	Sim / Não
Nos últimos 12 meses, foi submetido a algum tratamento a laser no interior do olho (por exemplo, Nd:YAG, capsulotomia)?	Sim / Não
Nos últimos 12 meses, foi submetido a algum procedimento de implante de alguma lente intraocular complementar (LIO) no interior do olho?	Sim / Não