

Patient Questionnaire Breakdown

1 Week post-op questionnaire

Question	Answer options
Por favor classifique sua satisfação com o(a) cirurgiã(o) que realizou a cirurgia no seu olho.	0-10 scale (Nada satisfeito > Extremamente satisfeito(a))
Por favor classifique sua satisfação com o hospital onde foi realizada a cirurgia no seu olho.	0-10 scale (Nada satisfeito > Extremamente satisfeito(a))

1 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
No último mês, você sentiu que seu olho operado tem afetado ou interferido na sua visão em geral?	a. Não, nunca
	b. Sim, parte do tempo
	c. Sim, maior parte do tempo
	d. Sim, todo o tempo
No último mês, quanto sua visão interferiu na sua vida em geral?	a. De forma alguma
	b. Quase nunca
	c. Um pouco
	d. Uma quantidade razoável
	e. Muito
	f. Uma quantidade extremamente grande
Como você descreveria sua visão no geral durante o último mês? Considerando os dois olhos abertos, e utilizando óculos ou lentes de contato caso você os utilize.	a. Excelente
	b. Muito bom
	c. Média
	d. Muito ruim
	e. Péssimo

No último mês, com qual frequência sua visão te impediu de fazer as coisas que você gosta?	a. Não, nunca
	b. Sim, parte do tempo
	c. Sim, maior parte do tempo
	d. Sim, todo o tempo
No último mês, você teve alguma dificuldade de ler impressões comuns como livros ou jornais por causa do seu problema de visão?	a. Nenhuma dificuldade
	b. Sim, uma pequena dificuldade
	c. Sim, certa dificuldade
	d. Sim, muita dificuldade
	e. Eu não consigo mais ler devido à minha visão
	f. Eu não consigo ler devido a outros motivos
Por favor nos diga quem deu as respostas para as perguntas e quem as escreveu	a. Eu dei todas as respostas e as escrevi eu mesmo(a)
	b. Eu falei todas as respostas e outra pessoa as escreveu para mim enquanto eu falava
	c. Um(a) amigo(a) ou parente forneceu algumas das respostas em meu nome

3 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
Por favor classifique sua satisfação com o resultado da cirurgia no seu olho.	0-10 scale (Nada satisfeito > Extremamente satisfeito(a))
Com qual frequência você usa óculos para atividades que necessita enxergar à distância (ex.: dirigir, assistir TV)?	0-10 scale (Sempre> Nunca)

Com qual frequência você usa óculos para atividades que necessita enxergar à média distância (ex.: usar o computador, cozinhar)?	0-10 scale (Sempre> Nunca)
Com qual frequência você usa óculos para atividades que necessita enxergar de perto (ex.: ler, usar o celular)?	0-10 scale (Sempre> Nunca)
Você alcançou os resultados com sua visão que você havia discutido e combinado com seu(sua) cirurgiã(o)?	Sim/ Não/ Não tenho certeza
Você tem sentido algum incômodo com sua visão durante o dia?	0-10 scale (Frequente e incômodo > Nunca)
Você tem sentido algum incômodo com sua visão durante a noite?	0-10 scale (Frequente e incômodo > Nunca)

1 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Por favor classifique sua satisfação com o resultado da cirurgia no seu olho.	0-10 scale (Nada satisfeito > Extremamente satisfeito(a))
Você tem sentido algum incômodo com sua visão durante o dia?	0-10 scale (Frequente e incômodo > Nunca)
Você tem sentido algum incômodo com sua visão durante a noite?	0-10 scale (Frequente e incômodo > Nunca)
Nos últimos 12 meses, você teve algum tratamento a laser na sua córnea (ex.: laser LASIK, PRK)?	Sim/ Não
Nos últimos 12 meses, você teve algum tratamento a laser dentro do seu olho (ex.: laser Nd:YAG, capsulotomia)?	Sim/ Não
Nos últimos 12 meses, alguma lente intraocular suplementar foi implantada dentro do seu olho?	Sim/ Não

2 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Nos últimos 12 meses, você teve algum tratamento a laser na sua córnea (ex.: laser LASIK, PRK)?	Sim/ Não
Nos últimos 12 meses, você teve algum tratamento a laser dentro do seu olho (ex.: laser Nd:YAG, capsulotomia)?	Sim/ Não
Nos últimos 12 meses, alguma lente intraocular suplementar foi implantada dentro do seu olho?	Sim/ Não

3 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Nos últimos 12 meses, você teve algum tratamento a laser na sua córnea (ex.: laser LASIK, PRK)?	Sim/ Não
Nos últimos 12 meses, você teve algum tratamento a laser dentro do seu olho (ex.: laser Nd:YAG, capsulotomia)?	Sim/ Não
Nos últimos 12 meses, alguma lente intraocular suplementar foi implantada dentro do seu olho?	Sim/ Não