

Patient Questionnaire Breakdown

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 (Pas du tout satisfait > Très satisfait)
Veillez évaluer votre satisfaction à l'égard de l'hôpital où vous avez été opéré	0-10 (Pas du tout satisfait > Très satisfait)

1 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti que votre œil opéré affecte ou interfère avec votre vision globale ?	a. Non, jamais
	b. Oui, parfois
	c. Oui, la plupart du temps
	d. Oui, tout le temps
Au cours du dernier mois, dans quelle mesure votre vue a-t-elle interféré avec votre vie en général ?	a. Pas du tout
	b. À peine
	c. Un peu
	d. Un peu plus
	e. Beaucoup
	f. Extrêmement

Comment décririez-vous votre vision globale au cours du dernier mois - avec les deux yeux ouverts, en portant des lunettes ou des lentilles de contact si vous en portez habituellement ?	a. Excellent
	b. Très bon
	c. Assez bon
	d. Moyen
	e. Assez mauvais
	f. Très mauvais
	g. Épouvantable
Au cours du dernier mois, combien de fois votre vue vous a-t-elle empêché de faire les activités que vous vouliez faire ?	a. Jamais
	b. Parfois
	c. La plupart du temps
	d. Tout le temps
Au cours du dernier mois, avez-vous rencontré des difficultés à lire la taille de police normale dans les livres ou les journaux à cause de problèmes de vue ?	a. Aucune difficulté
	b. Oui, un peu de difficulté
	c. Oui, quelques difficultés
	d. Oui, beaucoup de difficultés
	e. Je ne peux plus lire à cause de ma vue
	f. Je ne peux pas lire à cause d'autres raisons
Veuillez nous dire qui a réellement donné les réponses aux questions et qui les a notées	a. J'ai donné toutes les réponses et je les ai écrites moi-même
	b. J'ai donné toutes les réponses et quelqu'un d'autre les a écrites pendant que je parlais
	c. Un ami ou un membre de la famille a donné certaines des réponses en mon nom

3 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
Veuillez 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)
Avez-vous l'impression d'avoir obtenu les résultats visuels envisagés et convenus avec votre chirurgien ?	Oui / Non / Je ne sais pas
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)

1 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Veuillez 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