

Patient Questionnaire Breakdown

Ερωτηματολόγιο 1 εβδομάδα μετά την επέμβαση

Ερώτηση	Answer options
Παρακαλούμε βαθμολογήστε την ικανοποίησή σας από τον χειρουργό που πραγματοποίησε την οφθαλμολογική σας επέμβαση.	0-10 scale (Καθόλου ικανοποιημένος > Πολύ ικανοποιημένος)
Παρακαλούμε βαθμολογήστε την ικανοποίησή σας από το νοσοκομείο – κλινική – δομή υγείας όπου υποβλήθηκατε στην οφθαλμολογική σας επέμβαση.	0-10 scale (Καθόλου ικανοποιημένος > Πολύ ικανοποιημένος)

Ερωτηματολόγιο 1 μήνα μετά την επέμβαση

Ερώτηση	Answer options
Τον τελευταίο μήνα, αισθανθήκατε ότι το κακό σας μάτι επηρεάζει ή εμποδίζει την όρασή σας γενικά;	Όχι, ποτέ
	Ναι, κάποιες φορές
	Ναι, τις περισσότερες φορές
	Ναι, όλη την ώρα
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά η όρασή σας έχει παρεμποδίσει τη ζωή σας γενικά;	Καθόλου
	Σχεδόν καθόλου
	Λίγο
	Ένα αρκετό ποσό
	Πολύ
	Ένα πολύ μεγάλο ποσό

<p>Πώς θα χαρακτηρίζατε γενικά την όρασή σας τον τελευταίο μήνα - με ανοικτά και τα δύο μάτια, φορώντας γυαλιά ή φακούς επαφής αν το κάνετε συνήθως;</p>	Εξαιρετική
	Πολύ καλό
	Αρκετά καλό
	Μέτριο
	Αρκετά κακό
	Πολύ κακό
	Τρομακτικό
<p>Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά η όρασή σας έχει παρεμποδίσει από το να κάνετε πράγματα που θα θέλατε;</p>	Ποτέ
	Μερικές φορές
	Συχνά
	Καθόλη τη διάρκεια του χρόνου
<p>Τον τελευταίο μήνα, αντιμετωπίσατε δυσκολία στην ανάγνωση βιβλίων ή εφημερίδων λόγω προβλημάτων με την όρασή σας;</p>	Καμία δυσκολία
	Ναι, λίγη δυσκολία
	Ναι, κάποια δυσκολία
	Ναι, πολλή δυσκολία
	Δεν μπορώ πλέον να διαβάσω λόγω της όρασής μου
	Δεν μπορώ να διαβάσω εξαιτίας άλλων λόγων
<p>Παρακαλούμε πείτε μας ποιος πραγματικά έδωσε τις απαντήσεις στις ερωτήσεις και ποιος τις κατέγραψε</p>	Έδωσα όλες τις απαντήσεις και τις κατέγραψα μόνος μου
	Έδωσα όλες τις απαντήσεις και κάποιος άλλος τις κατέγραψε όπως τις είπα
	Ένας φίλος ή συγγενής έδωσε μερικές από τις απαντήσεις εκ μέρους μου

Ερωτηματολόγιο 3 μηνών μετά την επέμβαση

Ερώτηση	Answer options
Παρακαλούμε βαθμολογήστε την ικανοποίησή σας από το αποτέλεσμα της οφθαλμολογική σας επέμβασης.	0-10 scale (Καθόλου ικανοποιημένος > Πολύ ικανοποιημένος)
Πόσο συχνά φοράτε γυαλιά για αποστάσεις δραστηριοτήτων (π.χ. οδήγηση, παρακολούθηση τηλεόρασης);	0-10 scale (Πάντα> Ποτέ)
Πόσο συχνά φοράτε γυαλιά για ενδιάμεσες αποστάσεις (π.χ. χρήση υπολογιστή, μαγείρεμα);	0-10 scale (Πάντα> Ποτέ)
Πόσο συχνά φοράτε γυαλιά για κοντινές αποστάσεις (π.χ. ανάγνωση, χρήση κινητού τηλεφώνου);	0-10 scale (Πάντα> Ποτέ)
Έχετε τώρα τα οπτικά αποτελέσματα που συζητήσατε και συμφωνήσατε με τον χειρουργό σας;	Ναι/ Όχι/ Δεν είμαι σίγουρος
Αντιμετωπίζετε κάποιες διαταραχές στην όρασή σας κατά τη διάρκεια της ημέρας;	0-10 scale (Συχνές και ενοχλητικές > Ποτέ)
Αντιμετωπίζετε κάποιες διαταραχές στην όρασή σας κατά το απόγευμα / νύχτα	0-10 scale (Συχνές και ενοχλητικές > Ποτέ)

Ερωτηματολόγιο 1 έτος μετά την επέμβαση

Ερώτηση	Answer options
Παρακαλούμε βαθμολογήστε την ικανοποίησή σας από το αποτέλεσμα της οφθαλμολογική σας επέμβασης.	0-10 scale (Καθόλου ικανοποιημένος > Πολύ ικανοποιημένος)
Αντιμετωπίζετε κάποιες διαταραχές στην όρασή σας κατά τη διάρκεια της ημέρας;	0-10 scale (Συχνές και ενοχλητικές > Ποτέ)
Αντιμετωπίζετε κάποιες διαταραχές στην όρασή σας κατά το απόγευμα / νύχτα	0-10 scale (Συχνές και ενοχλητικές > Ποτέ)

Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε υποβληθεί σε επέμβαση με λέιζερ στον κερατοειδή σας (π.χ. LASIK, PRK);	Ναι/ Όχι
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε υποβληθεί σε επέμβαση με λέιζερ στο εσωτερικό του οφθαλμού σας (π.χ. Nd:YAG, laser καψουλοτομή);	Ναι/ Όχι
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε δεχθεί εμφύτευμα ενδοφθάλμιου φακού (ενδοφακού) σε οφθαλμό σας;	Ναι/ Όχι

Ερωτηματολόγιο 2 χρόνια μετά την επέμβαση

Ερώτηση	Answer options
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε υποβληθεί σε επέμβαση με λέιζερ στον κερατοειδή σας (π.χ. LASIK, PRK);	Ναι/ Όχι
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε υποβληθεί σε επέμβαση με λέιζερ στο εσωτερικό του οφθαλμού σας (π.χ. Nd:YAG, laser καψουλοτομή);	Ναι/ Όχι
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε δεχθεί εμφύτευμα ενδοφθάλμιου φακού (ενδοφακού) σε οφθαλμό σας;	Ναι/ Όχι

Ερωτηματολόγιο 3 χρόνια μετά την επέμβαση

Ερώτηση	Answer options
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε υποβληθεί σε επέμβαση με λέιζερ στον κερατοειδή σας (π.χ. LASIK, PRK);	Ναι/ Όχι
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε υποβληθεί σε επέμβαση με λέιζερ στο εσωτερικό του οφθαλμού σας (π.χ. Nd:YAG, laser καψουλοτομή);	Ναι/ Όχι
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε δεχθεί εμφύτευμα ενδοφθάλμιου φακού (ενδοφακού) σε οφθαλμό σας;	Ναι/ Όχι