

Patient Questionnaire Breakdown

1 Week post-op questionnaire

Question	Answer options
Prosimy ocenić swoje zadowolenie z chirurga, który przeprowadził operację okulistyczną.	0-10 scale (W ogóle nie zadowolony > Bardzo zadowolony)
Prosimy ocenić swoje zadowolenie ze szpitala, w którym przeżyłeś operację okulistyczną.	0-10 scale (W ogóle nie zadowolony > Bardzo zadowolony)

1 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
W ciągu ostatniego miesiąca, czy czułeś, że twoje zoperowane oko ma wpływ lub przeszkadza w twoim ogólnym widzeniu?	a. Nigdy
	b. Tak, czasami
	c. Tak, często
	d. Tak, zawsze
W ciągu ostatniego miesiąca, jak bardzo twoje widzenie przeszkadzało w twoim codziennym życiu?	a. Wcale
	b. Prawie wcale
	c. Trochę
	d. Często
	e. Bardzo często
	f. Ekstremalnie często

Jak opisałbyś swoje oboczne widzenie ogólne w ciągu ostatniego miesiąca z oczami otwartymi, nosząc okulary lub soczewki kontaktowe- jeśli zwykle tak robisz?	a. Świetne
	b. Bardzo dobre
	c. Dość dobre
	d. Średnie
	e. Dość słabe
	f. Bardzo słabe
	g. Katastrofalne
W ciągu ostatniego miesiąca, jak często twoje widzenie uniemożliwiło ci robienie rzeczy, które chciałbyś zrobić?	a. Nigdy
	b. Czasami
	c. Często
	d. Zawsze
W ciągu ostatniego miesiąca, czy miałeś trudności z czytaniem normalnej czcionki w książkach lub gazetach z powodu problemów z twoim widzeniem?	a. Bez trudności
	b. Tak, trochę trudności
	c. Tak, pewne trudności
	d. Tak, dużo trudności
	e. Nie mogę już czytać z powodu mojego widzenia
	f. Nie mogę czytać z innych powodów
Proszę powiedz nam, kto faktycznie udzielił odpowiedzi na pytania i kto je zapisał	a. Ja sam udzieliłem wszystkich odpowiedzi i zapisałem je
	b. Udzieliłem wszystkich odpowiedzi, a ktoś inny zapisał je, kiedy mówiłem
	c. Przyjaciel lub krewny udzielił niektórych odpowiedzi w moim imieniu

3 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
Prosimy ocenić swoje zadowolenie z efektu operacji okulistycznej.	0-10 scale (W ogóle nie zadowolony > Bardzo zadowolony)
Jak częstonosisz okulary podczas wykonywania czynności wymagających widzenia w dali (np. prowadzenie samochodu, oglądanie telewizji)?	0-10 scale (Zawsze > Nigdy)
Jak częstonosisz okulary podczas wykonywania czynności wymagających widzenia w strefie pośredniej (np. korzystanie z komputera, gotowanie)??	0-10 scale (Zawsze > Nigdy)
Jak częstonosisz okulary podczas wykonywania czynności wymagających widzenia z bliska (np. czytanie, korzystanie z telefonu komórkowego)?	0-10 scale (Zawsze > Nigdy)
Czy osiągnąłeś efekt widzenia, o którym rozmawiałeś i który uzgodniłeś ze swoim chirurgiem?	Tak / Nie / Nie mam pewności
Czy w ciągu dnia odczuwasz zaburzenia widzenia?	0-10 scale (Częste i uciążliwe > Nigdy)
Czy odczuwasz zaburzenia widzenia wieczorem / w nocy?	0-10 scale (Częste i uciążliwe > Nigdy)

1 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Prosimy ocenić swoje zadowolenie z efektu operacji okulistycznej.	0-10 scale (W ogóle nie zadowolony > Bardzo zadowolony)
Czy w ciągu dnia odczuwasz zaburzenia widzenia?	0-10 scale (Częste i uciążliwe > Nigdy)
Czy odczuwasz zaburzenia widzenia wieczorem / w nocy?	0-10 scale (Częste i uciążliwe > Nigdy)

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonano u Ciebie zabieg laserowy na rogówce (np. LASIK, PRK)?	Tak / Nie
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonano u Ciebie zabieg laserowy wewnątrz oka (np. Nd:YAG, kapsulotomię)?	Tak / Nie
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wszczepiono Ci do oka dodatkową soczewkę wewnątrzgałkową?	Tak / Nie

2 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonano u Ciebie zabieg laserowy na rogówce (np. LASIK, PRK)?	Tak / Nie
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonano u Ciebie zabieg laserowy wewnątrz oka (np. Nd:YAG, kapsulotomię)?	Tak / Nie
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wszczepiono Ci do oka dodatkową soczewkę wewnątrzgałkową?	Tak / Nie

3 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonano u Ciebie zabieg laserowy na rogówce (np. LASIK, PRK)?	Tak / Nie
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonano u Ciebie zabieg laserowy wewnątrz oka (np. Nd:YAG, kapsulotomię)?	Tak / Nie
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wszczepiono Ci do oka dodatkową soczewkę wewnątrzgałkową?	Tak / Nie