

Patient Questionnaire Breakdown

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)

1 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
No último mês, você sentiu que seu olho ruim está afetando ou interferindo em sua visão geral?	a. Não, nunca
	b. Sim, algumas vezes
	c. Sim, a maioria das vezes
	d. Sim, todo o tempo
No último mês, quanto sua visão interferiu em sua vida em geral?	a. Nada
	b. Quase nada
	c. Um pouco
	d. Uma quantidade razoável
	e. Muito
	f. Uma quantidade extremamente grande

Como você descreveria sua visão geral no último mês - com ambos os olhos abertos, usando óculos ou lentes de contato, se você costuma usar?	a. Excelente
	b. Muito boa
	c. Bastante boa
	d. Média
	e. Bastante ruim
	f. Muito ruim
	g. Horrível
No último mês, com que frequência sua visão o impediu de fazer as coisas que você gostaria de fazer?	a. Nunca
	b. Algumas vezes
	c. A maioria das vezes
	d. Todo o tempo
No último mês, você teve dificuldade em ler texto normal em livros ou jornais por causa de problemas com sua visão?	a. Nenhuma dificuldade
	b. Sim, um pouco de dificuldade
	c. Sim, alguma dificuldade
	d. Sim, muita dificuldade
	e. Não consigo ler mais por causa da minha visão
	f. Não consigo ler por outras razões
Por favor, informe quem realmente deu as respostas às perguntas e quem as escreveu	a. Eu dei todas as respostas e as escrevi eu mesmo
	b. Eu dei todas as respostas e outra pessoa as escreveu enquanto eu falava
	c. Um amigo ou parente deu algumas respostas em meu nome

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)
Agora tem os resultados visuais que discutiu e acordou com o seu cirurgião?	Sim / Não / Não tenho a certeza
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)

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