

Patient Questionnaire Breakdown

Анкета для заполнения через 1 неделю после операции

вопросов	Варианты ответа
Оцените, насколько вы довольны хирургом, проводившим офтальмологическую операцию.	0-10 (Совсем не доволен > Очень доволен)
Пожалуйста, оцените, насколько вы довольны медицинским учреждением, в котором вам сделали офтальмологическую операцию.	0-10 (Совсем не доволен > Очень доволен)

Анкета для заполнения через 1 месяца после операции

вопросов	Варианты ответа
Ощущали ли вы в последний месяц, что плохое состояние глаз влияет или мешает вашему зрению в целом?	a. Нет, никогда
	b. Да, время от времени
	c. Да, большую часть времени
	d. Да, все время
Насколько зрение мешало вашей жизни в целом в последний месяц?	a. Совсем не мешало
	b. Едва заметно мешало
	c. Немного мешало
	d. Довольно сильно мешало
	e. Очень сильно мешало
	f. Крайне сильно мешало

Как бы вы охарактеризовали свое зрение за последний месяц в целом - обоими открытыми глазами в очках или контактных линзах, если вы их обычно носите?	a. Отличное
	b. Очень хорошее
	c. Сравнительно хорошее
	d. Среднее
	e. Довольно плохое
	f. Очень плохое
	g. Ужасное
Как часто за последний месяц зрение мешало вам делать то, что вам бы хотелось?	a. Никогда
	b. Время от времени
	c. Большую часть времени
	d. Все время
Испытывали ли Вы в последний месяц трудности с чтением шрифта обычного размера в книгах или газетах из-за проблем со зрением?	a. Не испытывал(а) трудностей
	b. Да, испытывал(а) небольшие трудности
	c. Да, испытывал(а) значительные трудности
	d. Да, испытывал(а) большие трудности
	e. Я больше не могу читать из-за состояния зрения
	f. Я не могу читать по другим причинам
Пожалуйста, скажите, кто на самом деле давал ответы на вопросы и кто их записывал	a. Я сам дал все ответы и записал их
	b. Я сам дал все ответы, а кто-то другой записывал
	c. Друг или родственник давал некоторые ответы от моего имени

Анкета для заполнения через 3 месяца после операции

вопросов	Варианты ответа
Пожалуйста, оцените, насколько вы довольны результатами офтальмологической операции	0-10 (Совсем не доволен > Очень доволен)
Как часто вы носите очки для дали (например, во время вождения, для просмотра телевизора?)	0-10 (Всегда > Никогда)
Как часто вы носите очки для улучшения зрения на средней дистанции (например, для работы за компьютером, во время готовки)?	0-10 (Всегда > Никогда)
Как часто вы носите очки для близи (например, для чтения, во время использования телефона?)	0-10 (Всегда > Никогда)
Соответствует ли ваше зрение тому запланированному результату, который вы обсуждали с врачом до операции?	Да / Нет / Не уверен
Испытываете ли вы какие-либо проблемы со зрением в течение дня?	0-10 (Часто и они причиняют серьезное беспокойство > Никогда)
Испытываете ли вы какие-либо проблемы со зрением в вечернее / ночное время?	0-10 (Часто и они причиняют серьезное беспокойство > Никогда)

Анкета для заполнения через 1 год после операции

вопросов	Варианты ответа
Пожалуйста, оцените, насколько вы довольны результатами офтальмологической операции	0-10 (Совсем не доволен > Очень доволен)
Испытываете ли вы какие-либо проблемы со зрением в течение дня?	0-10 (Часто и они причиняют серьезное беспокойство > Никогда)
Испытываете ли вы какие-либо проблемы со зрением в вечернее / ночное время?	0-10 (Часто и они причиняют серьезное беспокойство > Никогда)

За последние 12 месяцев подвергались ли вы лазерному лечению роговицы (например, LASIK, PRK)?	Да / Нет
За последние 12 месяцев подвергались ли вы лазерному лечению внутри глаза (например, Nd:YAG, капсулотомия)?	Да / Нет
За последние 12 месяцев были ли у вас операции по имплантации дополнительных интраокулярных линз (ИОЛ) ?	Да / Нет

Анкета для заполнения через 2 года после операции

вопросов	Варианты ответа
За последние 12 месяцев подвергались ли вы лазерному лечению роговицы (например, LASIK, PRK)?	Да / Нет
За последние 12 месяцев подвергались ли вы лазерному лечению внутри глаза (например, Nd:YAG, капсулотомия)?	Да / Нет
За последние 12 месяцев были ли у вас операции по имплантации дополнительных интраокулярных линз (ИОЛ) ?	Да / Нет

Анкета для заполнения через 3 года после операции

вопросов	Варианты ответа
За последние 12 месяцев подвергались ли вы лазерному лечению роговицы (например, LASIK, PRK)?	Да / Нет
За последние 12 месяцев подвергались ли вы лазерному лечению внутри глаза (например, Nd:YAG, капсулотомия)?	Да / Нет
За последние 12 месяцев были ли у вас операции по имплантации дополнительных интраокулярных линз (ИОЛ) ?	Да / Нет