

1. Indica la **Frequenza** dei sintomi utilizzando la tabella di valutazione sottostante:

SINTOMI	0	1	2	3
Secchezza, prurito o sensazione di sabbia negli occhi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indolenzimento o irritazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruciore o eccessiva lacrimazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affaticamento agli occhi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0 = Mai  
1 = A volte  
2 = Spesso  
3 = Costantemente

2. Indica la **Gravità** dei sintomi utilizzando la tabella di valutazione sottostante:

SINTOMI	0	1	2	3	4
Secchezza, prurito o sensazione di sabbia negli occhi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indolenzimento o irritazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruciore o eccessiva lacrimazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affaticamento agli occhi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0 = Nessun problema  
1 = Tollerabile - non perfetto, ma non troppo fastidioso  
2 = Fastidioso, ma non al punto interferire con le mie attività quotidiane  
3 = Fastidioso, tale da interferire con le mie attività quotidiane  
4 = Non tollerabile, al punto di impedermi di svolgere le mie attività quotidiane

3. Indica se hai avuto i sintomi sopraelencati.

Oggi     Negli ultimi 3 giorni     Negli ultimi 3 mesi

Usi sostituti lacrimali?     Sì     No

Se sì, quanto spesso?

Hai fluttuazioni della vista?     Mai     A volte     Frequentemente     Sempre

In caso affermativo, la fluttuazione della vista migliora se sbatti le palpebre e/o applichi un sostituto lacrimale?     Sì     No

Ti è stato detto che hai la **blefarite**?     Sì     No

Sei stato/a trattato/a per un **orzaio**?     Sì     No

Hai avuto qualcuno di questi sintomi di recente?     Arrossamento della palpebra     Crosticine intorno alle ciglia     Irritazione palpebrale

Usi le lenti a contatto?     Sì     No

In caso affermativo, quando è stata l'ultima volta che le hai indossate?

In caso affermativo, i tuoi sintomi peggiorano quando indossi le lenti a contatto?     Sì     No

Ti prudono gli occhi?     Mai     A volte     Frequentemente     Sempre

In caso affermativo, hai allergie ambientali note o soffri di congiuntivite allergica?     Sì     No

I tuoi sintomi oculari sono simmetrici tra i due occhi?     Sì     No

In caso negativo, quale occhio è più sintomatico?     Occhio destro     Occhio sinistro

Ti dispiace indossare gli occhiali e/o le lenti a contatto per migliorare la vista?     Sì     No

In caso affermativo, saresti disposto/a a pagare per ridurre o eliminare la tua dipendenza dagli occhiali o dalle lenti a contatto?     Sì     No

Metti una "X" sulla scala seguente per descrivere al meglio la tua personalità:

**Alla mano** **Perfezionista**

Solo per uso d'ufficio: **Punteggio Speed totale** (Frequenza + Gravità) = \_\_\_\_\_ /28 Numero di caselle **Rosse** selezionate = \_\_\_\_\_ /18

**Abbreviazioni:**

OSD (Ocular Surface Disease), malattia della superficie oculare; SPEED (Standard Patient Evaluation of Eye Dryness), valutazione standard del paziente sulla secchezza oculare.