

ОПРОСНИК ПО СИМПТОМАМ И ФАКТОРАМ РИСКА СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА»



Дамы и господа! Предлагаемая анкета призвана выяснить истинную распространенность синдрома «сухого глаза» в нашей стране, проанализировать факторы риска развития и выявить первые симптомы этого заболевания в различных регионах России. Ваши ответы на вопросы анкеты позволят в дальнейшем сформировать рациональные мероприятия по ранней диагностике и целенаправленному лечению синдрома «сухого глаза». Мы просим ответить на вопросы, поставив галочку напротив того ответа, который, на ваш взгляд, полно отражает Вашу информацию. Надеемся на сотрудничество!

1. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

1.1. ВАШ ВОЗРАСТ:

до 18	18-44	45-59	60-74	75 и старше

1.2. ВАШ ПОЛ:

женский	мужской

1.3. ВАШ УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ:

начальное	среднее	высшее

1.4. ЗАНЯТИЕ:

учусь	работаю	учусь и работаю	на пенсии	безработный

1.5. ОБЛАСТЬ ПРОЖИВАНИЯ:

город	село, деревня

Укажите город проживания:

2. АНКЕТА СИМПТОМОВ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА»

2.1. БЫЛ ЛИ У ВАС ДИАГНОСТИРОВАН СИНДРОМ «СУХОГО ГЛАЗА»?

нет	да	если ДА, то сколько времени назад?

2.2. ИСПЫТЫВАЕТЕ ЛИ ВЫ В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ:

	никогда	редко	часто	постоянно
сухость глаз				
раздражение, покраснение глаз				
слезотечение				
ощущение соринки («песка») в глазах				
ощущение жжения в глазах				
светобоязнь				

2.3. ОТМЕТЬТЕ НА ШКАЛЕ СОВОКУПНУЮ ВЫРАЖЕННОСТЬ ВСЕХ СВОИХ СИМПТОМОВ (где 0 – симптомов нет, 10 – выражены максимально)

0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10

3. СВЯЗАННЫЕ ФАКТОРЫ:

3.1. ОТМЕТЬТЕ ГАЛОЧКОЙ ИНФОРМАЦИЮ О ПРИЕМЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И СРЕДСТВ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ:

	НЕ Т	ДА	если ДА, то какие
контактные линзы (мягкие и жесткие)			
оральные контрацептивы			
антидепрессанты (в течение последних 30 дней)			
системные противоаллергические препараты			
витамины для глаз			
омега-3 жирные кислоты			
противоглаукомные глазные капли			
препараты искусственной слезы			

3.2. ЕСЛИ ЗАКАПЫВАЕТЕ ПРЕПАРАТЫ ИСКУССТВЕННОЙ СЛЕЗЫ: С КАКОЙ ЧАСТОТОЙ В ДЕНЬ (В СРЕДНЕМ): _____

3.3. УКАЖИТЕ ДАННЫЕ О СВОИХ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ:

	НЕ Т	ДА	Если ДА, то уточните, какие
сахарный диабет			
заболевания щитовидной железы			
ревматологические заболевания			
воспалительные заболевания глаз (в течение последних 30 дней)			
другие заболевания глаз			
проводились ли Вам операции по коррекции зрения			
переносили ли Вы другие операции на глазах			

3.4. КАК ЧАСТО ВЫ ИСПОЛЬЗУЕТЕ ЦИФРОВЫЕ ЭКРАНЫ (КОМПЬЮТЕР, ПЛАНШЕТ, МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН):

не использую	меньше 6 часов в день	больше 6 часов в день

3.5. ЧАСТО ЛИ НАХОДИТЕСЬ В КОНДИЦИОНИРОВАННОМ ПОМЕЩЕНИИ:

не нахожусь	меньше 6 часов в день	больше 6 часов в день

3.6. КУРИТЕ ЛИ ВЫ:

да	нет

3.7. КАК ЧАСТО ПРИНИМАЕТЕ АЛКОГОЛЬ:

не принимаю	в пересчете до 1 бокала вина в день	в пересчете 1 бокал вина и более в день

3.8. ЕЖЕДНЕВНОЕ ВРЕМЯ СНА:

от 3 до 6 часов	от 6 до 8 часов	8 часов или больше

СПАСИБО ЗА ВАШИ ОТВЕТЫ!