

1. Questions sur l' **INCONFORT OCULAIRE**

a. Au cours d'une journée typique de ces 2 dernières semaines, à **quelle fréquence** avez-vous senti un inconfort pendant vous portez vos lentilles de contact ?

- 0 Jamais
- 1 Rarement
- 2 Parfois
- 3 Fréquemment
- 4 Constamment

b. Quand vous ressentez un inconfort oculaire avec vos lentilles de contact, quelle est l'intensité de cet inconfort, en fin de port de journée / fin de port de lentille ?

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Jamais | Pas très intense | | | Très intense | |
| 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

2. Questions sur la **SECHERESSE OCULAIRE**

a. Au cours d'une journée typique de ces 2 dernières semaines, à **quelle fréquence** avez-vous senti vos yeux secs ?

- 0 Jamais
- 1 Rarement
- 2 Parfois
- 3 Fréquemment
- 4 Constamment

b. Quand vous ressentez vos yeux secs avec vos lentilles de contact, quelle est l'intensité de cette sécheresse en fin de journée / port de lentille ?

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Jamais | Pas très intense | | | Très intense | |
| 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

Score Total :

3. Questions sur la **VISION CHANGEANT, FLOUE**

a. Au cours d'une journée typique de ces 2 dernières semaines, à **quelle fréquence** la vision change t-elle entre flou/net, ou devient floue avec vos lentilles de contact ?

- 0 Jamais
- 1 Rarement
- 2 Parfois
- 3 Fréquemment
- 4 Constamment

b. Quand votre vision devient floue, comment qualifieriez-vous le changement, ou la vision floue, en fin de journée/fin de port de lentille ?

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Jamais | Pas très intense | | | Très intense | |
| 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

4. Questions sur la **FERMETURE DES YEUX**

Au cours d'une journée typique de ces 2 dernières semaines, à **quelle fréquence** vos yeux vous gênaient-ils au point de vouloir fermer les yeux ?

- 0 Jamais
- 1 Rarement
- 2 Parfois
- 3 Fréquemment
- 4 Constamment

5. Questions sur le **RETRAIT DES LENTILLES**

Au cours de ces 2 dernières semaines, à quelle fréquence vos yeux vous gênaient-ils pendant le port de lentilles de contact, au point de stopper ce que vous étiez entrain de faire et **retirer vos lentilles de contact** ?

- 1 Jamais
- 2 Moins d'1fois/semaine
- 3 1x / semaine
- 4 Plusieurs fois / semaine
- 5 Tous les jours
- 6 Plusieurs fois par jour