

Merci de répondre aux questions suivantes, en cochant la réponse qui vous correspond le mieux

Avez-vous vécu les situations suivantes **au cours de la dernière semaine** :

	Tout le temps	La plupart du temps	La moitié du temps	Quelques fois	Jamais
1) Yeux qui sont sensibles à la lumière ?	<input type="checkbox"/>				
2) Impression de sable dans les yeux ?	<input type="checkbox"/>				
3) Yeux douloureux ou irrités ?	<input type="checkbox"/>				
4) Vision floue ?	<input type="checkbox"/>				
5) Baisse de vision ?	<input type="checkbox"/>				

Avez-eu des problèmes oculaires qui vous ont gêné lors des tâches suivantes **au cours de la dernière semaine** :

	Tout le temps	La plupart du temps	La moitié du temps	Quelques fois	Jamais	Non concerné
6) Lecture	<input type="checkbox"/>					
7) Conduite de nuit	<input type="checkbox"/>					
8) Travail sur ordinateur	<input type="checkbox"/>					
9) Regarder la télévision	<input type="checkbox"/>					

Avez-eu subi un inconfort oculaire dans les situations suivantes **au cours de la dernière semaine** :

	Tout le temps	La plupart du temps	La moitié du temps	Quelques fois	Jamais	Non concerné
10) Conditions venteuses	<input type="checkbox"/>					
11) Lieu avec faible humidité (air très sec)	<input type="checkbox"/>					
12) Lieu avec air conditionné	<input type="checkbox"/>					