

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Impression de sable dans les yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Yeux douloureux ou irrités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Vision floue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Baisse de vision ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Conduite de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Travail sur ordinateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Regarder la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Lieu avec faible humidité (air très sec)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Lieu avec air conditionné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Professionnel : Analyse score OSDI©

Comptez le nombre de points (D) en fonction du barème suivant :

Tout le temps	La plupart du temps	La moitié du temps	Quelques fois	Jamais
4pts	3pts	2pts	1pt	0pt

D =

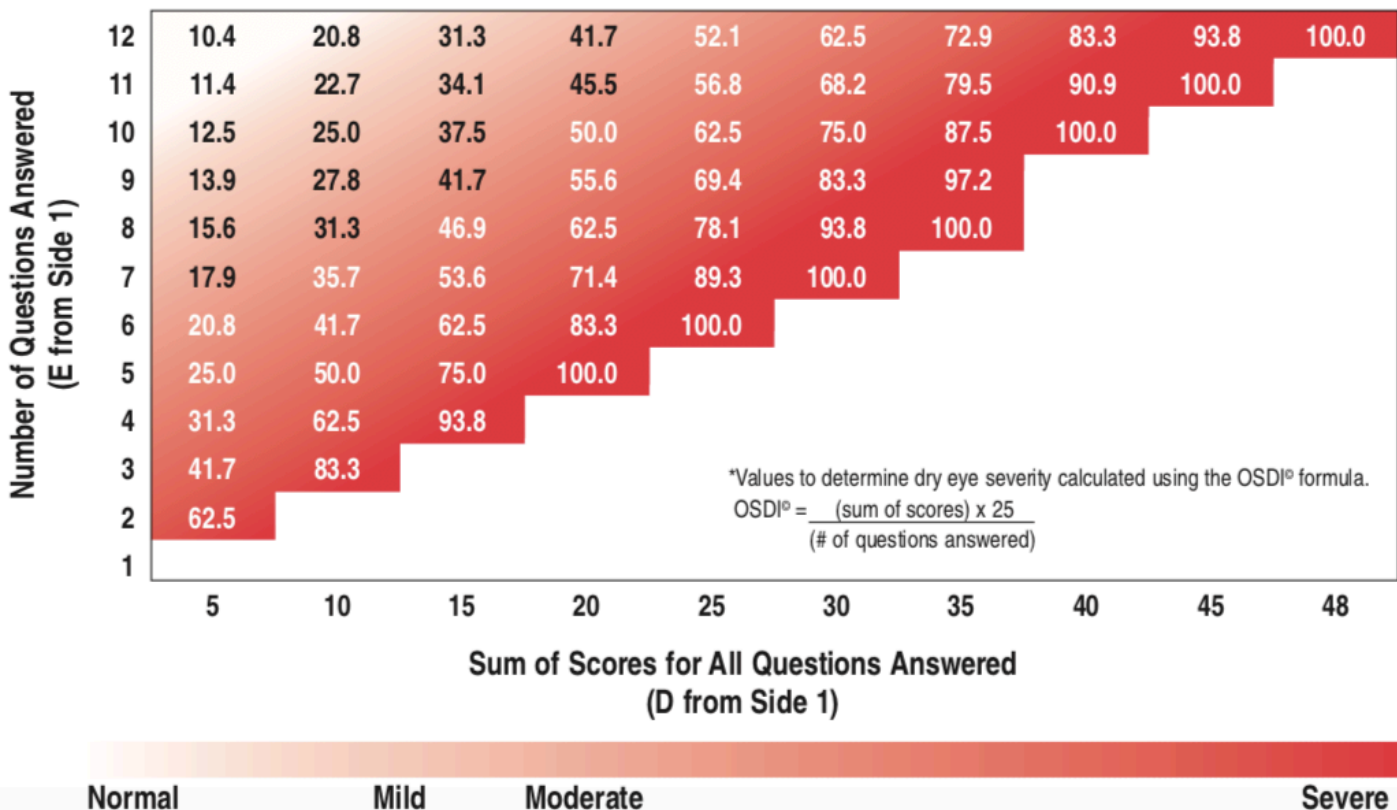
Comptez le nombre de questions (E) auxquelles la personne a répondu

E =

Score OSDI = Nombre de points (D) x 25 / nombre de questions répondues (E)

OSDI =

En fonction du score, regardez la couleur de rouge correspondant pour analyser si le score indique un « syndrome d'œil sec » normal, moyen, modéré, sévère



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

a. Au cours d'une journée typique dans ce dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti un inconfort oculaire ?

0 Jamais

1 Rarement

2 Parfois

3 Fréquemment

4 Constamment

b. Quand vous ressentez un inconfort oculaire, quelle est l'intensité de cet inconfort à la fin de la journée, dans les 2h avant de vous coucher ?

Jamais eu

0

Pas très intense

1

2

3

4

Très intense

5

2. Questions sur **LA SECHERESSE OCULAIRE**

a. Au cours d'une journée typique dans ce dernier mois, 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, quelle est l'intensité de cette sensation de sécheresse à la fin de la journée, dans les 2h avant de vous coucher ?

Jamais eu

0

Pas très intense

1

2

3

4

Très intense

5

3. Questions sur **LES YEUX QUI LARMOIENT**

Au cours d'une journée typique dans ce dernier mois, à quelle fréquence percevez-vous que vos yeux sont très humides ou larmoient ?

0 Jamais

1 Rarement

2 Parfois

3 Fréquemment

4 Constamment

Score : 1a + 1b + 2a + 2b + 3 = Total
 _____ + _____ + _____ + _____ + _____ = _____

Professionnel : Analyse score DEQ 5

Score > 6 : indique un œil sec

Score > 12 : recherche d'un Syndrome de Gougerot Sjogren

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

Professionnel : Analyse score CLDEQ8

Score bas : confort en lentilles de contact

Score élevé : inconfort en lentilles de contact (score maximum 37)

Confort	Score moyen
Moyen	17,4 ±8,7
Bon	13,7 ±6,4
Très bon	9,1 ±4,7
Excellent	6,4 ±3,7

Utilité du questionnaire en comparaison :

- Avec le temps (suivi à 6mois, 12 mois ou +)
- Changement de produit et/ou de lentilles, pour juger une amélioration véritable

Changement de score	Score moyen
Dégradation du confort	+8,5 ±5,8
Confort identique	-2,3 ±5
Amélioration du confort	-16,1 ±10

