

اسم المريض: _____

RIGHT EYE

تاريخ: _____

LEFT EYE

ص. 2/1

استبيان للعين الجاف – الجزء 1 : SPEED

استبيان جفاف العين

الجزء الاول

الرجاء الإجابة على الأسئلة التالية بوضع علامة في المربع الذي يمثل أفضل جوابك. اختيار جواب واحد فقط لكل سؤال. إذا كنت في حاجة لإجراء تغيير، شطب الجواب الأصلي مع خط واحد وكتابة الحروف الأولى من اسمك وتاريخ بجوار التغيير.

1. تقرير عن نوع الأعراض التي تواجهك وعند حدوثها

الان	خلال 72 ساعة الماضية		خلال الثلاثة اشهر الماضية		الاعراض
	لا	نعم	لا	نعم	
نعم					جفاف واحساس برمل او خشونه في العين
					الم او تهيج في العين
					حرقان او دموع زائده
					احساس بتعب في العين

الابلاغ عن توالي هذه الاعراض باستخدام قائمة التصنيف التالي

الاعراض	0	1	2	3
جفاف واحساس برمل او خشونه في العين				
الم او تهيج في العين				
حرقان او دموع زائده				
احساس بتعب في العين				

0 = لم تحدث 1 = بعض الاحيان 2 = غالبا 3 = بشكل مستمر

الابلاغ عن شدة الأعراض الخاصة بك باستخدام قائمة التصنيف التالي

الاعراض	0	1	2	3	4
جفاف واحساس برمل او خشونه في العين					
الم او تهيج في العين					
حرقان او دموع زائده					
احساس بتعب في العين					

0- لا يوجد مشكلة

1- مقبولة وليست مثاليا ولكن غير مريحة

2- غير مريحة ومزعجه ولكن لا تتدخل في يومي

3- مزعج - وتقلقتني خلال اليوم

4- لا تطاق - غير قادر على أداء مهام عملي اليوم

هل استخدام قطرات العين للترطيب؟ نعم لا لو نعم كم مره _____

هل حسن هذا العلاج جميع أعراض جفاف العين؟ نعم لا

لو نعم ضع علامة على النسبة المئوية المقابلة

10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

هل تستطيع القيام بجميع اعمالك افضل لفترة طويلة كنتيجة لهذا العلاج؟ نعم لا _____

TearScience®

The Evaporative Dry Eye Experts



اسم المريض: _____

RIGHT EYE

تاريخ: _____

LEFT EYE

ص. 2/2

استبيان للعين الجاف – الجزء 2 : SPEED

الرجاء الإجابة على الأسئلة التالية بوضع علامة في المربع الذي يمثل أفضل جوابك. اختيار جواب واحد فقط لكل سؤال. إذا كنت في حاجة لإجراء تغيير، شطب الجواب الأصلي مع خط واحد وكتابة الحروف الأولى من اسمك وتاريخ بجوار التغيير.

هل حدث لك أي من الاعراض التالية خلال الأسبوع الماضي؟

لا شيء من هذا (0)	في بعض الوقت (1)	في نصف الوقت (2)	في معظم الاوقات (3)	في كل الاوقات (4)	
					1- حساسية في العين من الضوء
					2- احساس مثل الرمل في العين
					3- الم في العين وتقرحات
					4- عدم وضوح الرؤية
					5- ضعف رؤية

هل حدثت اليك احد هذه الاعراض وادت الى عدم استطاعتك القيام بالافعال الاتية. و في حالة انك لاتقوم باى من هذه الاعمال ضع علامة في اخر خانة (لا تنطبق)

لا شيء من هذا (0)	في بعض الوقت (1)	في نصف الوقت (2)	في معظم الاوقات (3)	في كل الاوقات (4)	(لا تنطبق)	
						6- القراءة
						7- القيادة في الليل
						8- العمل على الكمبيوتر
						9- مشاهدة التلفزيون

هل شعرت بعدم الراحة في عينك خلال الاسبوع الماضي في اى من الحالات الاتية . إذا لم تكن قد شهدت اى من الحالة المذكوره ضع علامة في اخر خانة (لا تنطبق).

لا شيء من هذا (0)	في بعض الوقت (1)	في نصف الوقت (2)	في معظم الاوقات (3)	في كل الاوقات (4)	(لا تنطبق)	
						10- في الاحوال الجوية العاصفة
						11- في الاماكن الجافة غير رطبة
						12- في الاماكن عالية الميكفة

 TearScience®

The Evaporative Dry Eye Experts

