

Questionário SPEED – Standardized Patient Evaluation of Eye Dryness)

Responda às seguintes questões, assinalando a opção que melhor se adequa à sua resposta. Selecione apenas uma resposta por questão.

Grupo 1: Para cada um dos SINTOMAS, indique se o experienciou e quando aconteceu:

	Sintomas	Hoje		Nas últimas 72 horas		Nos últimos 3 meses	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1	Secura, Sensação de corpo estranho ou areia						
2	Dor ou Irritação						
3	Ardor ou Lacrimejo						
4	Olhos cansados						

Grupo 2: Para cada um dos sintomas, selecione a FREQUÊNCIA com que ocorre, usando a escala.

0 = Nunca 1 = Às vezes 2 = Frequentemente 3 = Constantemente

Sintomas	0	1	2	3
Secura, Sensação de corpo estranho ou areia				
Dor ou Irritação				
Ardor ou Lacrimejo				
Olhos cansados				

Grupo 3. Para cada um dos sintomas, selecione a SEVERIDADE com que ocorre, usando a escala em baixo.

Sintomas	0	1	2	3	4
Secura, Sensação de corpo estranho ou areia					
Dor ou Irritação					
Ardor ou Lacrimejo					
Olhos cansados					

0 = Sem problemas

1 = Tolerável – ligeiro, mas não é desconfortável

2 = Desconfortável – irritativo, mas não interfere no meu dia a dia

3 = Incómodo – irritativo e interfere no meu dia a dia

4 = Intolerável – incapaz de realizar as tarefas do meu dia a dia