

Navn: \_\_\_\_\_

## 1. Spørsmål om **UBEHAG I ØYNENE:**

a. Hvor ofte har du opplevd ubehag i øynene i løpet av en typisk dag den siste måneden?

<b>ALDRI</b>	<b>SJELDEN</b>	<b>NOEN GANGER</b>	<b>OFTE</b>	<b>HELE TIDEN</b>
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

b. Når du følte ubehag i øynene, hvor intens var denne følelsen av ubehag på slutten av dagen, innenfor to timer før du gikk til sengs?

<b>HAR DET ALDRI</b>	<b>SLETT IKKE INTENS</b>				<b>VELDIG INTENS</b>
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

## 2. Spørsmål om **TØRRHET I ØYNENE:**

a. Hvor ofte har du opplevd tørre øyne i løpet av en typisk dag den siste måneden?

<b>ALDRI</b>	<b>SJELDEN</b>	<b>NOEN GANGER</b>	<b>OFTE</b>	<b>HELE TIDEN</b>
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

b. Når du opplevde tørre øyne, hvor intens var denne følelse av tørrhet på slutten av dagen, innenfor to timer før du gikk til sengs?

<b>HAR DET ALDRI</b>	<b>SLETT IKKE INTENS</b>				<b>VELDIG INTENS</b>
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

## 3. Spørsmål om **RENNENDE ØYNE:**

a. Hvor ofte har du opplevd rennende øyne/overflod av tårer i løpet av en typisk dag den siste måned?

<b>ALDRI</b>	<b>SJELDEN</b>	<b>NOEN GANGER</b>	<b>OFTE</b>	<b>HELE TIDEN</b>
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

**Poengsum:**

1a **+** 1b **+** 2a **+** 2b **+** 3 **=** TOTAL