

FRÅGEFORMULÄR OM TORRA ÖGON DEQ-5

Namn: _____

1. Frågor om **OBEHAG I ÖGONEN:**

a. Hur ofta har du känt obehag i ögonen under en typisk dag den senaste månaden?

ALDRIG	SÄLLAN	IBLAND	OFTA	ALLTID
0	1	2	3	4

b. När du upplevde obehag i ögonen, hur intensiv var denna känsla de två sista timmarna innan du gick och la dej för att sova?

ALDRIG	INTE ALLS INTENSIV				MYCKET INTENSIV
0	1	2	3	4	5

2. Frågor om **TORRHET I ÖGONEN:**

a. Hur ofta har dina ögon känts torra under en typisk dag den senaste månaden?

ALDRIG	SÄLLAN	IBLAND	OFTA	ALLTID
0	1	2	3	4

b. När dina ögon kändes torra, hur intensiv var känslan av torrhet de två sista timmarna innan du gick och la dej för att sova?

ALDRIG	INTE ALLS INTENSIV				MYCKET INTENSIV
0	1	2	3	4	5

3. Frågor om **VATTNIGA ÖGON :**

Hur ofta kändes eller såg dina ögon överdrivet vattniga ut under en typisk dag den senaste månaden?

ALDRIG	SÄLLAN	IBLAND	OFTA	ALLTID
0	1	2	3	4

Poäng:

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