

Nombre

Apellidos



AUTO-EVALUACIÓN

CUESTIONARIO



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1- USTED ES ...	
Mujer	☐
Male	☐

2- CUÁL ES SU GRUPO DE EDAD?	
< 18 años	☐
18 - 34 años	☐
35 - 54 años	☐
55 - 74 años	☐
> 74 años	☐

3- ANTES DE BENEFICIARSE DEL TRATAMIENTO CON E-EYE, QUE TRATAMIENTOS PALIATIVOS TRATÓ ANTERIORMENTE?	
Lágrima artificial en formato gotas, pomada o spray	☐
Tapones de oclusion vía lagrimal	☐
Tratamiento con cámara húmeda	☐
Tratamiento con antibióticos	☐
Tratamiento con Cortisona	☐
Tratamiento con Ciclosporina	☐
Tratamiento con complementos alimenticios	☐
LipiFlow	☐
Otros	☐



PREMIER FABRICANT FRANÇAIS DE HAUTES TECHNOLOGIES DE LUMIÈRE

SESIONES DE TRATAMIENTO

4- CUANTAS SESIONES CON EL E-EYE HA REALIZADO?	
1 sesión	☐
2 sesiones	☐
3 sesiones	☐
4 sesiones	☐
5 sesiones	☐
Mas de 5 sesiones	☐

5- HA ENCONTRADO LAS SESIONES E-EYE DOLOROSAS?	
Si	☐
No	☐

6- CREE QUE LAS SESIONES DE E-EYE SON RÁPIDAS?	
Si	☐
No	☐

AUTO-EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO (ÍNDICE DE SATISFACCIÓN)

7- COMO CALIFICARÍA LA MEJORA DESPUÉS DE CADA SESIÓN (EN UNA ESCALA DE 0-10)?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Después de 1 sesión (justo antes de la 2a sesión)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Después de 2 sesiones (justo antes de la 3a sesión)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Después de 3 sesiones (justo antes de la 4a sesión)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Después de 4 sesiones (justo antes de la visita de control)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8- RECOMENDARÍA EL TRATAMIENTO E-EYE A SUS AMIGOS Y FAMILIARES?	
Si	☐
No	☐

E-Eye
technological innovation

