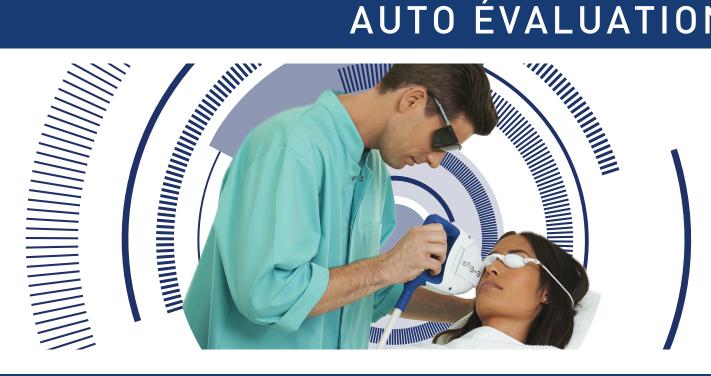
Nom	1
Prénom	



Questionnaire d' AUTO ÉVALUATION



INFORMATIONS SUR LE PATIENT

1- ÊTES-VOUS	
Une femme	
Un homme	
2- QUELLE EST VOTRE TRANCHE D'AG	E ?
< 18 ans	
18 à 34 ans	
35 à 54 ans	
55 à 74 ans	
> 74 ans	

3- AVANT DE BÉNÉFICIER D'UN TRAIT AVEC L' E-E J@, QUEL TRAITEMENT UTILISIEZ-VOUS ?	
Substituts lacrymaux en collyre, pom- made ou spray	
Occlusion des points lacrymaux	
Lunettes à chambre humide	
Traitement par antibiothérapie	
Traitement par cortisone en collyre	
Traitement par cyclosporine	
Traitement par complément alimentaire	
LipiFlow	
Autres	



DÉROULEMENT DES SÉANCES

4- COMBIEN DE SÉANCES D'E-EYE AV SUIVI ?	EZ-VOUS
1 séance	
2 séances	
3 séances	
4 séances	
5 séances	
Plus de 5 séances	

5- AVEZ-VOUS TROUVÉ LE TRAITEMEN L' E-E J@ DOULOUREUX ?	IT AVEC
Oui	
Non	

6- AVEZ-VOUS TROUVÉ LES SÉANCES TRAITEMENT AVEC L' E-E U@ RAPID	
Oui	
Non	

AUTO ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE (DEGRÉ DE SATISFACTION)

7- QUELLE EST VOTRE AMÉLIORATION (DE 0 À 10) APRÈS CHAQUE SÉANCE ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Après 1 séance (à renseigner au moment de la 2ème séance) Après 2 séances (à renseigner au moment de la 3ème séance) Après 3 séances (à renseigner au moment de la 4ème séance) Après 4 séances (à renseigner à la prochaine visite)

8- RECOMMANDERIEZ-VOUS LE TRAIT AVEC L' E-E J@ À VOTRE ENTOURAI	ΓΕΜΕΝΤ GE ?
Oui	
Non	

L'innovation technologique

E>ELJ@



Ref. COM-FICH-66b-vf [07-2015]

