

Nom

Prénom



Questionnaire d' AUTO ÉVALUATION



INFORMATIONS SUR LE PATIENT

1- ÊTES-VOUS ...

Une femme ☐

Un homme ☐

2- QUELLE EST VOTRE TRANCHE D'ÂGE ?

< 18 ans ☐

18 à 34 ans ☐

35 à 54 ans ☐

55 à 74 ans ☐

> 74 ans ☐

3- AVANT DE BÉNÉFICIER D'UN TRAITEMENT AVEC L'E•Eye, QUEL TRAITEMENT PALLIATIF 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 alimen-
taire ☐

LipiFlow ☐

Autres ☐



PREMIER FABRICANT FRANÇAIS DE HAUTES TECHNOLOGIES DE LUMIÈRE

DÉROULEMENT DES SÉANCES

4- COMBIEN DE SÉANCES D'E-EYE AVEZ-VOUS SUIVI ?

1 séance	☐
2 séances	☐
3 séances	☐
4 séances	☐
5 séances	☐
Plus de 5 séances	☐

5- AVEZ-VOUS TROUVÉ LE TRAITEMENT AVEC L'E-EYE DOULOUREUX ?

Oui	☐
Non	☐

6- AVEZ-VOUS TROUVÉ LES SÉANCES DE TRAITEMENT AVEC L'E-EYE RAPIDES ?

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 2 ^{ème} séance)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Après 2 séances (à renseigner au moment de la 3 ^{ème} séance)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Après 3 séances (à renseigner au moment de la 4 ^{ème} séance)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Après 4 séances (à renseigner à la prochaine visite)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8- RECOMMANDERIEZ-VOUS LE TRAITEMENT AVEC L'E-EYE À VOTRE ENTOURAGE ?

Oui	☐
Non	☐

L'innovation technologique
E-Eye

