

3.4 Wenn Sie bereits künstliche Tränen/Augentropfen nehmen müssen:

0 = niemals 1 = 6 mal am Tag 2 = alle 60 Min.	3 = alle 30 Min. 4 = alle 15 Min	Bitte ankreuzen					Bewertung (0-4)
		0	1	2	3	4	
a) wie oft müssen Sie tropfen um die Beschwerden zu beseitigen, bzw. zu mildern?							
b) wenn Sie Augentropfen aus Eigenblutserum applizieren, wie hoch ist die Tropffrequenz?							

3.5

0 = Ja 4 = Nein	Bitte ankreuzen		Bewertung (0,4)
	0	4	
a) Halten Sie die Anwendung von Tränenersatzmitteln für ausreichend, die Beschwerden an den Augen zu beheben oder zumindest zu lindern?			
b) Vermindert das Tragen von weichen oder harten, therapeutischen Kontaktlinsen die Beschwerden an Ihren Augen?			

3.6

0 = nicht störend 1 = kaum störend 2 = noch zu ertragen	3 = sehr störend 4 = sehr schlecht	Bitte ankreuzen					Bewertung (0-4)
		0	1	2	3	4	
a) Empfinden Sie in der letzten Woche ihre Situation bezüglich der Augenbeschwerden als:							
b) Ihre Lebensqualität im Bezug auf die Augenprobleme:							

Auswertung: Zur Abschätzung addieren Sie die Ergebnisse von Teil II und Teil III und teilen Sie durch die Anzahl der beantworteten Fragen. (Durchschnitt bilden)

>2 : trocken Augen liegen vor => Sie sollten Hilfe in Anspruch nehmen

>3 : sehr trockene Augen liegen vor => Sie müssen Hilfe in Anspruch nehmen

Bei einem Ergebnis, welches auf trockene Augen hinweist oder wenn Sie Fragen zu der Auswertung haben, dann melden Sie sich bitte bei mir. Ich kann Ihnen sicherlich mit hilfreichen Ratschlägen das Leben mit trockenen Augen erleichtern. Zudem möchte ich eine anonyme Statistik erstellen und diese auf meiner Homepage zeigen, um darzustellen, wie viele Transplantationspatienten Probleme mit trockenen Augen haben und in welchen Stadien.

Vielen Dank und alles Gute,

Mario Schäfer

Lindenstr. 15
65520 Bad Camberg

Tel.: 0 64 83 - 91 80 40, Fax.: 0 64 83 - 91 80 42
mail: schaefer.mario27@gmx.de

10.11.2008

Fragebogen

Trockene Augen nach allogener Stammzelltransplantation

Wenn Sie nach einer allogenen Stammzelltransplantation auch das Gefühl haben, dass Ihre Augen öfters als normal brennen, jucken oder empfindlich auf Licht reagieren, dann füllen Sie diesen Fragebogen aus. Anhand des Fragebogens können Sie einschätzen wie weit Ihre Augen evtl. schon als trocken gelten oder nicht.

Teil I (nur für statistische Zwecke)

1.1

Geschlecht: männlich / weiblich	(W / M)

Fragebogen Nr.

1.2

	Tag / Monat / Jahr
a) Datum heute	_____
b) Geburtsdatum	_____
c) Tag der Transplantation	(_____) _____
d) Wurde bei Ihnen eine akute Graft versus Host Reaktion diagnostiziert? Wenn ja wann?	(_____) _____
e) Wurde bei Ihnen eine chronische GvHD diagnostiziert? Wenn ja wann?	(_____) _____
f) Erstes Auftreten von Augenproblemen	(_____) _____

1.3

a) Wurde bei Ihnen bereits ein Schirmertest (siehe b) und ein BUT (siehe c) durchgeführt?	wenn ja: Monat/Jahr _____	
b) Schirmertest zur Feststellung der Tränenmenge (Papierstreifen in die Unterlider)	Rechtes Auge _____ mm	Linkes Auge _____ mm
c) BUT – Feststellung der Tränenfilmabrisszeit	_____ Sek.	_____ Sek.

Wenn Sie die genauen Zahlen nicht haben, schreiben sie die ungefähren mit ~ oder ?

Teil II

2.1 Haben Sie in den letzten Wochen an Ihren Augen eines der folgenden Probleme festgestellt:

0 = so gut wie nie 1 = selten 2 = häufig	3 = sehr oft 4 = fast immer	Bitte ankreuzen					Bewertung (0-4)
		0	1	2	3	4	
a) Haben Sie ein Fremdkörpergefühl und Reiben wie Sand in den Augen verspürt?							
b) Waren Ihre Augen überempfindlich gegen helles Licht?							
c) Hatten Sie ein schmerzhaftes oder unangenehmes Gefühl in den Augen?							
d) War Ihr Sehvermögen verschwommen oder unscharf?							
e) Haben sie Ihr Sehvermögen als unzureichend oder gar als schlecht empfunden?							
f) Haben Sie eine vermehrte Verschleimung der Augen und /oder eine Krustenbildung an den Lidkanten bemerkt?							
g) War Ihre Bindehaut, die ansonsten weiße Fläche im Auge gerötet?							
h) Haben Sie ein generelles Trockenheitsgefühl und Brennen in den Augen verspürt?							
i) Waren Ihre Augen wässrig und kam es zu einem verstärkten Tränenfluss?							

2.2 Hatten Sie in den letzten Wochen Probleme, eine der folgenden Tätigkeiten zu verrichten:

0 = so gut wie nie 1 = selten 2 = häufig	3 = sehr oft 4 = fast immer	Bitte ankreuzen					Bewertung (0-4)
		0	1	2	3	4	
a) längere Zeit zu lesen							
b) bei Nacht Auto zu fahren							
c) längeres Arbeiten am PC-Bildschirm							
d) längere Zeit Fernsehschauen							

TEIL III

3.1 Haben Sie in den letzten Wochen den Zustand Ihrer Augen während folgender Situationen als unangenehm bis schmerzhaft empfunden:

0 = so gut wie nie 1 = selten 2 = häufig	3 = sehr oft 4 = fast immer	Bitte ankreuzen					Bewertung (0-4)
		0	1	2	3	4	
a) als Ihre Augen starkem und trockenem Wind ausgesetzt waren?							
b) als sie sich an Plätzen und Lokalitäten mit niedriger Luftfeuchtigkeit aufhielten? (z. B. Kaminfeuer)							
c) in Räumlichkeiten, in denen eine Klimaanlage in Betrieb war?							

3.2 Haben Sie in den letzten Wochen an Ihren Augen folgende Beobachtungen gemacht:

0 = sehr intensiv 1 = intensiv 2 = moderat	3 = eher schwach 4 = gar keine	Bitte ankreuzen					Bewertung (0-4)
		0	1	2	3	4	
a) bei Tätigkeiten wie Zwiebelschälen oder anderen Reizungen der Augen einen verstärkten Tränenfluss?							

0 = kein abtrocknen, Augen bleiben feucht 1 = kaum Abtrocknung 2 = moderate Abtrocknung 3 = starke Abtrocknung 4 = Augen trocknen sofort	Bitte ankreuzen					Bewertung (0-4)
	0	1	2	3	4	
b) bei starkem und trockenem Wind ein schnelles Abtrocknen der Augenoberfläche						

3.3

0 = nie 1 = am Morgen	2 = immer gleich 3 = am Abend	Bitte ankreuzen				Bewertung (0-3)
		0	1	2	3	
a) Zu welcher Tageszeit, treten die Beschwerden, wie Trockenheitsgefühl, Ermüdung, Schmerzen und andere Beschwerden an den Augen verstärkt auf?						
b) Zu welcher Tageszeit müssen Sie verstärkt künstliche Tränen applizieren?						