

## Quelques questions sur vos lentilles

### Questionnaire à remettre à votre ophtalmologiste

#### PORT DES LENTILLES

Depuis quand portez-vous des lentilles ?

- Moins d'un an
- Entre 1 et 5 ans
- Plus de 5 ans

Combien de jours par semaine portez-vous vos lentilles en général ?

- Tous les jours
- Entre 3 et 5 jours par semaine
- Occasionnellement

En moyenne, combien de temps par jour portez-vous vos lentilles ?

- Du matin au soir
- Ponctuellement (sport, sortie, loisirs, occasion spéciale...)

#### CONFORT

Y a-t-il des circonstances au cours desquelles le port de vos lentilles est moins confortable ?

(Choix multiples)

- À la pose
- Après 2-3 heures de port
- En fin de journée
- Les jours qui précèdent le renouvellement de la lentille (fin du mois, fin des 2 semaines, autre)
- Dans des environnements exigeants (écran numérique, air climatisé...)
- Lors d'allergies saisonnières et/ou de pics de pollution
- Pas de sensation d'inconfort

Quelle gêne ressentez-vous le plus ?

(Choix multiples)

- Irritations / Démangeaisons / Picotements
- Œil rouge
- Œil sec
- Sensibilité à certaines conditions de luminosité (écran numérique, conduite la nuit, lumière vive...)
- Pas de gêne

Comment essayez-vous de soulager cette sensation de gêne ?

- Gouttes oculaires hydratantes
- Je prends rendez-vous avec l'ophtalmologiste
- Je retire mes lentilles
- Je ne fais rien de particulier

#### MANIPULATION

Comment vous sentez-vous vis à-vis de la manipulation et de l'entretien de vos lentilles ?

Pas du tout à l'aise ☹

Très à l'aise ☺

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez mis moins de 7 à la question précédente : pour quelle partie de la manipulation vous sentez-vous le moins à l'aise ?

- La pose
- Le retrait
- La pose et le retrait

Parlez-en à votre ophtalmologiste ou à votre opticien

Connected by Sight™ = Unis par la vision

Dispositifs médicaux. Avant toute utilisation, se référer à la notice d'utilisation qui accompagne le dispositif et respecter les consignes d'utilisation y figurant et figurant sur l'étiquetage. Johnson & Johnson Medical SAS, 1 rue Camille Desmoulins. 92787 Issy-Les-Moulineaux Cedex 9. RCS Nanterre B612 030 619. © Johnson & Johnson Medical SAS 2019. FR-APR-19-06-24. Juillet 201