

**Le seguenti domande riguardano la sua esperienza per quanto riguarda il trattamento per la sua malattia agli occhi.**

**Il suo trattamento per gli occhi potrebbe comprendere:**

- **farmaci (per es. compresse, gocce per gli occhi);**
- **visite in una clinica oculistica/da un medico per dei controlli;**
- **visite in una clinica oculistica/da un medico per il trattamento.**

**In questo questionario, la preghiamo di:**

- **pensare al trattamento per la sua malattia agli occhi che ha seguito di recente;**
- **pensare al trattamento per la sua malattia agli occhi, non alla miopia o alla presbiopia o ad altri problemi di vista che possono essere corretti con l'uso degli occhiali;**
- **rispondere ad ogni domanda facendo una "X" sulla casella vicina ad uno dei numeri da 6 a 0 o, in alcuni casi, da 7 a 0.**

**1. Complessivamente, quanto è soddisfatto/a del trattamento per la sua malattia agli occhi?**

- 6 molto soddisfatto/a..... 6
- 5 ..... 5
- 4 ..... 4
- 3 ..... 3
- 2 ..... 2
- 1 ..... 1
- 0 molto insoddisfatto/a..... 0

**2. Come le sembra che stia funzionando il trattamento per la sua malattia agli occhi?**

- 6 molto bene..... 6
- 5 ..... 5
- 4 ..... 4
- 3 ..... 3
- 2 ..... 2
- 1 ..... 1
- 0 molto male..... 0