

## RetTSQs

Les questions suivantes portent sur la façon dont vous avez vécu le traitement reçu pour vos troubles oculaires diabétiques, c'est-à-dire les troubles aux yeux souvent causés par le diabète.

Le traitement reçu pour vos troubles oculaires diabétiques comporte :

- des médicaments (p. ex., comprimés, gouttes pour les yeux).
- des visites chez le médecin et à l'hôpital pour des examens et un traitement au laser ou une chirurgie au laser.

En répondant à ce questionnaire, veuillez :

- considérer le traitement reçu pour vos troubles oculaires diabétiques et non pour votre diabète en général.
- considérer le traitement oculaire reçu au cours des dernières semaines/mois.
- répondre à chacune des questions en faisant un X à côté de l'un des chiffres allant de 6 à 0 ou parfois de 7 à 0.

**NOT FOR USE: This is a shortened sample only.**

**For use of the full questionnaire, please contact [info@healthpsychologyresearch.com](mailto:info@healthpsychologyresearch.com)**

**1. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) du traitement reçu pour vos troubles oculaires diabétiques?**

- très satisfait(e)..... 6
- ..... 5
- ..... 4
- ..... 3
- ..... 2
- ..... 1
- très insatisfait(e) ..... 0

**2. Dans quelle mesure avez-vous l'impression que le traitement reçu pour vos troubles oculaires diabétiques fonctionne?**

- très bien ..... 6
- ..... 5
- ..... 4
- ..... 3
- ..... 2
- ..... 1
- très mal ..... 0

**NOT FOR USE: This is a shortened sample only.**

**For use of the full questionnaire, please contact [info@healthpsychologyresearch.com](mailto:info@healthpsychologyresearch.com)**

**3. Dans quelle mesure êtes-vous incommodé(e) par des effets secondaires après le traitement reçu pour vos troubles oculaires diabétiques?**

- aucun effet secondaire ..... 7
- pas du tout incommodé(e) ... 6
- ..... 5
- ..... 4
- ..... 3
- ..... 2
- ..... 1
- très incommodé(e) ..... 0

**4. Dans quelle mesure êtes-vous incommodé(e) par l'inconfort ou la douleur causés par le traitement reçu pour vos troubles oculaires diabétiques?**

- aucun inconfort ressenti ..... 7
- pas du tout incommodé(e) ... 6
- ..... 5
- ..... 4
- ..... 3
- ..... 2
- ..... 1
- très incommodé(e) ..... 0

**NOT FOR USE: This is a shortened sample only.**

**For use of the full questionnaire, please contact [info@healthpsychologyresearch.com](mailto:info@healthpsychologyresearch.com)**