



Nazwisko i imię.....

KWESTIONARIUSZ BADANIA ZESPOŁU SUCHEGO OKA – ZSO

(proszę wstawić znak X w odpowiednim polu)

WARUNKI PRACY:	TAK	NIE
Praca z komputerem		
Praca precyzyjna		
Zanieczyszczenie powietrza w pracy: - czynniki fizyczne - chemiczne - biologiczne		
Inne		
WRAŻLIWOŚĆ OCZU NA:	TAK	NIE
Wpływ środowiska: słońce, wiatr, temperatura, wilgotność		
Klimatyzacja		
Dym papierosowy		
Środki zapachowe		
Kosmetyki		
Inne		
OBJAWY ZE STRONY OCZU:	TAK	NIE
Uczucie suchości		
Uczucie piasku pod powiekami		
Ból oczu		
Przekrwienie oczu		
Łzawienie		
Pieczenie		
Swędzenie		
Inne		
CHOROBY OGÓLNE:	TAK	NIE
Nadciśnienie tętnicze		
Cukrzyca		
Choroby tarczycy		
Reumatoidalne zapalenie stawów		
Choroby skóry		
Choroby błon śluzowych		
Inne		
PRZYJMOWANE LEKI:	TAK	NIE
Beta-blokery		
Leki hormonalne		
Leki moczopędne		
Leki przeciwalergiczne		
Leki psychotropowe		
Leki przeciwrzodowe		
Leki przeciwjaskrowe		
Inne		



TESTY ZSO

Test Schirmera

OP -

OL -

BUT (czas przzerwania filmu łzowego)

OP -

OL -