

## RetTSQs

**Le seguenti domande riguardano la sua esperienza per quanto riguarda il trattamento dei suoi problemi agli occhi dovuti al diabete.**

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

- **farmaci (per es. compresse, gocce per gli occhi/colliri).**
- **visite dal medico e all'ospedale per i controlli e il trattamento laser o interventi chirurgici.**

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

- **pensare al trattamento per i suoi problemi agli occhi dovuti al diabete, non al diabete in sé.**
- **pensare al trattamento per gli occhi che ha seguito nelle ultime settimane/negli ultimi mesi.**
- **rispondere ad ogni domanda apponendo una "X" sulla casella vicina ad uno dei numeri da 6 a 0 o, in alcuni casi, da 7 a 0.**

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

**1. Quanto è soddisfatto/a del trattamento per i suoi problemi agli occhi dovuti al diabete?**

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

**2. Come le sembra che stia funzionando il trattamento per i suoi problemi agli occhi dovuti al diabete?**

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

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

3. Quanto disturbo le danno gli effetti collaterali o gli effetti postumi del trattamento per i suoi problemi agli occhi dovuti al diabete?

- non ho avuto questi problemi..... 7
- nessun disturbo ..... 6
- ..... 5
- ..... 4
- ..... 3
- ..... 2
- ..... 1
- molto disturbo ..... 0

4. Quanto disturbo le danno il fastidio o il dolore dovuti al trattamento per i suoi problemi agli occhi dovuti al diabete?

- non ho avuto questi problemi..... 7
- nessun disturbo ..... 6
- ..... 5
- ..... 4
- ..... 3
- ..... 2
- ..... 1
- molto disturbo ..... 0

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