

JDEQS Jena – Screening Symptomfragebogen zum trockenen Auge

Der Jena Symptomfragebogen (JDEQS) ist ein Kurztest zur Erfassung von Umfeldbedingungen und subjektiven Beschwerden die in Zusammenhang mit „Trockenen Augen“ stehen. Bitte beantworten Sie die drei Fragen wahrheitsgemäß und vollständig. So kann gewährleistet werden, dass anschließend eine verlässliche Einschätzung Ihres Beschwerdebilds und dem subjektiven Schweregrad des Trockenen Auges gegeben werden kann.

Kontaktlinsenträger beantworten anstelle dieser 3 Fragen die Fragen K1 bis K6 auf der Rückseite des Bogens.

1. Leiden Sie unter folgenden Symptomen am Auge? Hinweis: Bitte kreuzen Sie auch bei seltenem Auftreten der Symptome „Ja“ an,

	Nein	Ja
Schmerz/ Brennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschwommenes Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kratzen / sandiges Gefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerötete Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Haben Sie bei folgenden Tätigkeiten/ Umgebungsbedingungen die unter 1. genannten Symptome?

	Nein	Ja
Bildschirmarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autofahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klimatisierte Räume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie häufig verwenden Sie Augentropfen aufgrund trockener Augen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> 1-2 Mal die Woche |
| <input type="checkbox"/> 3-5 Mal die Woche | <input type="checkbox"/> Bei bestimmten Tätigkeiten, welche? |
| <input type="checkbox"/> täglich | |

JDEQS – Jena Symptomfragebogen trockenes Auge für Kontaktlinsenträger:

Sollten Sie Kontaktlinsen tragen, so beantworten Sie bitte die Fragen auf diesem Bogen K1 bis K6

K1. Welche Kontaktlinsen tragen Sie?

Formstabile Kontaktlinsen Weiche Kontaktlinsen

K2. Wie lange ist Ihre durchschnittliche tägliche komfortable Tragezeit mit Ihren Kontaktlinsen?

länger als 12 Std 10 – 12 Std 8 – 9 Std 6 – 7 Std weniger als 6 Std

K3. Zu welcher Tageszeit treten bei Ihnen folgende Symptome am Auge während des Tragens von Kontaktlinsen auf?

	Morgens (nach ca. 2 Std Tragezeit)	Mittags (nach ca. 4 – 6 Std Tragezeit)	Abends (mehr als 8 Std Tragezeit)	Nie
Schmerz/ Brennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschwommenes Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kratzen/ sandiges Gefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gerötete Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vermehrtes Blinzeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unschärfes Sehen, welches durch Blinzeln besser wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K4. Wie häufig müssen Sie das Tragen der Kontaktlinsen aufgrund der bei K3. genannten Symptome abbrechen?

nie mehrmals pro Monat mehrmals pro Woche täglich

K5. Lassen sich die Kontaktlinsen schwer herausnehmen oder kleben gar am Auge?

nie mehrmals pro Monat mehrmals pro Woche täglich

K6. Haben Sie bei folgenden Tätigkeiten/ Umgebungsbedingungen die unter K3 genannten Symptome?

	Nein	Ja
Bildschirmarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autofahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klimatisierte Räume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K7. Wie häufig verwenden Sie Augentropfen aufgrund trockener Augen?

Nie 1-2 Mal die Woche
 3-5 Mal die Woche Bei bestimmten Tätigkeiten, welche?
 täglich _____

Auswertung Kurzfragebogen:

Erster Frageblock: Symptomen am Auge, wenn ja angekreuzt ist, dann pro Frage folgende Punktevergabe:

Schmerz/ Brennen	2
Lichtempfindlichkeit	2
Trockenheit	4
Verschwommenes Sehen	2
Kratzen / sandiges Gefühl	2
Gerötete Augen	2

Zweiter Frageblock: Tätigkeiten/ Umgebungsbedingungen die unter 1. genannten Symptome?

Wenn Ja, dann pro Frage folgende Punktevergabe:

Bildschirmarbeit	2
Lesen	1
Autofahren	1
Fernsehen	1
Klimatisierte Räume	2
Wind	1

Zusatzfrage Augentropfen aufgrund trockener Augen?

Nie	0	
1-2 Mal die Woche	1	
3-5 Mal die Woche	2	
täglich	3	
Bei bestimmten Tätigkeiten, welche?	0	(Anamnesefrage)

Auswertung und Klassifizierung des subjektiven Trockenheitsgrades mittels Jena Screening-Fragebogen:

Normal (keine Symptome)	Grenzwertig (leichte Symptome)	Auffallend (Moderat bis schwere Symptome)
0 – 5 Punkte	6 – 8 Punkte	9 – 25 Punkte

Auswertung bei Zusatzfragen für Kontaktlinsen-Träger:

K1. Welche Kontaktlinsen tragen Sie? (Anamnesefrage)

Formstabile Kontaktlinsen	0	Weiche Kontaktlinsen	0
---------------------------	---	----------------------	---

K2. Wie lange ist Ihre durchschnittliche tägliche komfortable Tragezeit mit Ihren Kontaktlinsen?

länger als 12 Std	0
10 – 12 Std	2
8 – 9 Std	4
6 - 7 Std	7
weniger als 6 Std.	9

K3. Zu welcher Tageszeit treten bei Ihnen folgende Symptome am Auge während des Tragens von Kontaktlinsen auf?

	Morgens (nach ca. 2 Std Tragezeit)	Mittags (nach ca. 4 – 6 Std Tragezeit)	Abends (mehr als 8 Std Tragezeit)	Nie
Schmerz/ Brennen	2	2	2	0
Lichtempfindlichkeit	2	2	2	0

Trockenheit	4	3	2	0
Verschwommenes Sehen	3	2	1	0
Kratzen/ sandiges Gefühl	3	2	1	0
gerötete Augen	3	2	1	0
vermehrtes Blinzeln	2	2	2	0
Unscharfes Sehen, welches durch Blinzeln besser wird	2	2	2	0

K4. Wie häufig müssen Sie das Tragen der Kontaktlinsen aufgrund der bei K3. genannten Symptome abbrechen?

Nie	0
mehrmals pro Monat	2
mehrmals pro Woche	4
täglich	8

K5. Lassen sich die Kontaktlinsen schwer herausnehmen oder kleben gar am Auge?

Nie	0
mehrmals pro Monat	1
mehrmals pro Woche	2
täglich	4

K6. Tätigkeiten/ Umgebungsbedingungen die unter K3 genannten Symptome? Wenn Ja, dann pro Frage folgende Punktevergabe:

Bildschirmarbeit	2
Lesen	1
Autofahren	1
Fernsehen	1
Klimatisierte Räume	2
Wind	1

K7. Augentropfen aufgrund trockener Augen?

Nie	0	
1-2 Mal die Woche	1	
3-5 Mal die Woche	2	
täglich	3	
Bei bestimmten Tätigkeiten, welche?	0	(Anamnesefrage)

Klassifizierung des subjektiven Trockenheitsgrades mittels Jena Screening-Fragebogen:

Normal (keine Symptome)	Grenzwertig (leichte Symptome)	Auffallend (Moderat bis schwere Symptome)
0 – 8 Punkte	9 -19 Punkte	20 -53 Punkte