

McMonnies Dry Eye Questionnaire

Please answer the following by indicating the response most appropriate to you.

Age: Under 25 years 25-45 years Over 45 years

Gender: Male Female

Currently wearing: No contact lenses hard contact lenses
 Soft contact lenses

1. Do you ever experience any of the following eye symptoms?

Soreness Scratchiness Dryness
 Grittiness Burning

2. How often do your eyes have these symptoms?

Never Sometimes
 Often Constantly

3. Have you ever had drops prescribed or other treatment for dry eyes?

Yes No Uncertain

4. Do you suffer from arthritis?

Yes No Uncertain

5. Do you suffer from thyroid abnormality?

Yes No Uncertain

6. Do you experience dryness of the nose, mouth, throat, chest or vagina?

Never Sometimes
 Often Constantly

7. Do you regard your eyes as being unusually sensitive to cigarette smoke, smog, air conditioning, central heating?

Yes

No

Sometimes

8. Do your eyes easily become very red and irritated when swimming in chlorinated fresh water?

Not applicable

Yes

No

Sometimes

9. Do you take or use any of the following?

Antihistamine tablets

Antihistamine eye drops

Diuretics (fluid tablets)

Tranquillizers

Oral contraceptives

Sleeping tablets

Medication for duodenal ulcer or digestive problems or for high blood pressure

Other *(Please write)* _____

10. Are your eyes dry and irritated the day after drinking alcohol?

Not applicable

Yes

No

Sometimes

11. Are you known to sleep with your eyes partly open?

Yes

No

Sometimes

12. Do you have eye irritation as you wake from sleep?

Yes

No

Sometimes

McMonnies Dry Eye Questionnaire

(McMonnies, 1986; McMonnies and Ho, 1986, 1987a, 1987b)

Übersetzung: Dipl.-Ing. (FH) Martina Michel, JENVIS Research c/o Fachhochschule Jena

- Alter:**
- unter 25 Jahren
 - 25-45 Jahre
 - über 45 Jahre

- Geschlecht:**
- männlich
 - weiblich

- Kontaktlinsen:**
- keine Kontaktlinsen
 - harte Kontaktlinsen
 - weiche Kontaktlinsen

1. Haben Sie mit folgenden Symptomen Ihrer Augen schon Erfahrungen gemacht?

- Schmerz
- Kratzen
- Trockenheit
- Sandgefühl
- Brennen

2. Wie oft haben Sie diese Symptome am Auge?

- Nie
- Manchmal
- Oft
- Ständig

3. Haben Sie schon einmal Augentropfen oder eine andere Behandlung gegen Trockenes Auge verordnet bekommen?

- Ja
- Nein
- Unsicher

4. Leiden Sie an Arthritis?

- Ja
- Nein
- Unsicher

5. Leiden Sie an einer Funktionsstörung der Schilddrüse?

- Ja
- Nein
- Unsicher

6. Haben Sie ein Trockenheitsgefühl in der Nase, im Mund, im Rachen, in der Lunge oder in der Vagina?

- Nie
- Manchmal
- Öfters
- Ständig

7. Sind Ihre Augen besonders empfindlich gegen Zigarettenrauch, Smog, Klimaanlage oder Hitze?

- Ja
- Nein
- Manchmal

8. Werden Ihre Augen schnell rot und gereizt, wenn Sie in chlorhaltigem Wasser schwimmen?

- Nicht zutreffend
- Ja
- Nein
- Manchmal

9. Benutzen Sie:

- Antihistamin-Augentropfen (Antiallergie-Augentropfen)
- Diuretika
- Schlaftabletten
- Beruhigungsmittel
- Antibabypille
- Medikamente gegen Duodenalulcus (Darm-Geschwür)
- Medikamente gegen Verdauungsstörungen
- Medikamente gegen Bluthochdruck
- Sonstige _____

10. Sind Ihre Augen am Folgetag nach Alkoholgenuss trocken und gereizt?

- Nicht zutreffend
- Ja
- Nein
- Manchmal

11. Schlafen Sie mit leicht geöffneten Augen?

- Ja
- Nein
- Manchmal

12. Sind Ihre Augen morgens nach dem Aufwachen gereizt?

- Ja
- Nein
- Manchmal

Auswertung

männlich oder weiblich unter 25 Jahren.....	0
männlich 25-45 Jahre.....	1
weiblich 25-45 Jahre.....	3
männlich über 45 Jahre.....	2
weiblich über 45 Jahre.....	6

Frage 2 – Häufigkeit der Primären Symptome

Nie.....	0
Manchmal.....	1
Oft.....	4
Ständig.....	8

Frage 3 – bisherige Behandlung

Ja.....	6
Nein oder Unsicher.....	0

Frage 4 – Arthritis

Ja.....	2
Nein oder Unsicher.....	0

Frage 5 – Funktionsstörung der Schilddrüse

Ja.....	2
Nein oder Unsicher.....	0

Frage 6 – Trockenheit der Schleimhäute

Nie.....	0
Manchmal.....	1
Öfters.....	2
Ständig.....	4

Frage 7 – Empfindlichkeit

Nein.....	0
Manchmal.....	2
Ja.....	4

Frage 8 – Reizungen beim Schwimmen

Nicht zutreffend und nein.....	0
Manchmal.....	1
Ja.....	2

Frage 9 – Medikamente

Antihistamin-Augentropfen oder Diuretika.....	2
Schlaftabletten, Beruhigungsmittel, Antibabypille, Medikamente gegen Duodenalulcus/Verdauungsstörungen/Bluthochdruck.....	1

Frage 10 – Alkohol

Nicht zutreffend oder Nein.....	0
Manchmal.....	2
Ja.....	4

Frage 11 – nächtlicher Lagophthalmus

Nein.....	0
Manchmal.....	1
Ja.....	2

Frage 12 – Reizungen beim Aufwachen

Nein.....	0
Manchmal.....	1
Ja.....	2

Auswertung:

Gesamtsumme aus allen 12 Fragen < 10,5 : Normal

Gesamtsumme aus allen 12 Fragen > 10,5 : Verdacht auf Kontaktlinsen induziertes trockenes Auge