

NOM :

Sexe :

Age :

Pathologie :

Ville :

Département :

1. Parlez-moi de votre problème aux yeux ? Comment cela se passe pour vous avec votre allergie oculaire ?

spontané

relance

Relances

2. Qu'est ce qui vous gêne principalement ? qui vous dérange le plus

spontané

relance

Relances

- 1) Symptomes
- 2) Fréquence
- 3) Image de soi
- 4) traitement

3) Qu'est ce que cela vous empêche de faire ? dans votre vie de tous les jours ?

spontané

relance

Relances

- 1) Dans votre travail ?
- 2) A l'école ?
- 3) Dans vos loisirs ? vos jeux ?
- 4) pour dormir ?
- 5) avec vos proches ? vos amis ?

4) Qu'est ce que vous craignez ??

spontané

relance

Relances

- 1) maintenant
- 2) Pour plus tard

5) Si j'avais une baguette magique, quels seraient vos 3 vœux ?

S

R