

# Questionnaire de Micronutrition Oculaire\*

*Calculez votre score en répondant à chaque question  
de la manière suivante :*

*Pas de perturbation*                      *cochez 0*

*Perturbation légère*                      *cochez 1*

*Perturbation moyenne*                      *cochez 2*

*Perturbation forte*                      *cochez 3*

**A1. Vos yeux sont-ils fatigués ?**

0    1    2    3

**A2. Avez-vous de plus en plus de mal à  
conduire durant de longs trajets ?**

0    1    2    3

**A3. Votre vision nocturne a-t-elle baissé ?  
En voiture, êtes-vous très sensible à  
l'éblouissement par les phares ?**

0    1    2    3

**B1. Avez-vous la sensation que vos yeux  
vous piquent, vous brûlent ?**

0    1    2    3



Institut Européen de Diététique et Micronutrition

*\*ce questionnaire a été élaboré par les  
médecins nutritionnistes de l'IEDM*



**B2. Eprenevez-vous parfois une gène visuelle, des difficultés à supporter vos lentilles ou la lumière forte ?**

0 1 2 3

**B3. Le matin, vos yeux pleurent-ils ?**

0 1 2 3

**B4. Avez-vous parfois la sensation de présence de corps étrangers (grains de sable) ?**

0 1 2 3

**B5. Le soir, avez-vous les yeux rouges et des difficultés à regarder la télévision ?**

0 1 2 3

**C1. Percevez-vous moins bien les reliefs, les couleurs ? Avez-vous besoin d'éclairage ?**

0 1 2 3

**C2. Ressentez-vous parfois un flou visuel, des difficultés à voir de loin ?**

0 1 2 3

**C3. Avez-vous le sentiment que les images se dédoublent, les objets se déforment ?**

0 1 2 3

**Score :**

*Calculez votre score puis demandez conseil à votre pharmacien.*