Participant Information Sheet

Title of project: - Multi-centric Collaborative Study on the impact of Environment Changes and Ultra Violet Radiation(UVR) exposure on ocular health in India

Dr. Rajendra Prasad Centre For Ophthalmic Sciences, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi is conducting a study related to Ultra Violet Radiation and eye diseases. Environment Changes and Ultra Violet Radiation has been the overriding physical environmental concern for the past decade as it significantly affects the ocular health. The potential effects on ocular health of long-term climatic change include allergic diseases, diseases of the conjunctiva, cornea, lens and retina. The main concern of the study is UV related ocular damage. Cataract is the most common cause of blindness in India. In this study we would like to know the correlation of UV Radiation and prevalence of eye disease like cataract, dry eye, Pterygium and spring catarrh (VKC). This will help us in preventing the most serious problem of eyes in the community.

To get the above information, we will seek participation from children in the age group of 5 to 15 for V.K.C. and people above 40 years of age for cataract, dry eye and pterygium in the population. A questionnaire will be administered to you. We shall examine your eyes thoroughly at Dr. R. P. Centre of Ophthalmic Sciences, AIIMS in accordance to the normal standard of care. Investigations on the eye will include dilating your pupil by instilling some eye drops. This will lead to harmless blurring of vision for 1-2 days. It will subside by itself. Photographs of the lens of your eyes will be taken by special cameras. All of the above examinations and tests shall be completed in one visit of approximately 3 hours.

All the information that you provide and your investigation results shall be kept confidential. There is no risk involved to you in this study. You are free to participate or withdraw from this research study at any time. You will be provided free treatment for your eye problem. Your decision to participate or withdraw will not affect your treatment in anyway.

In case of any further information or clarification at any time, you are requested to contact the following:

Prof. Radhika Tandon, Professor 26593145

Dr. Praveen Vashist, Associate Professor 9868398410, 26593143
Participant Informed Consent Form

Participant identification number for this trial: _______________________

Title of project: - Multi-centric Collaborative Study on the impact of Environment Changes and Ultra Violet Radiation (UVR) exposure on ocular health in India.

Name of Principal Investigator: Prof. Radhika Tandon, Professor Tel. No. (S) 26593145

The contents of the information sheet dated - - /- -/- - - that was provided have been read carefully by me / explained in detail to me, in a language that I comprehend, and I have fully understood the contents. I confirm that I have had the opportunity to ask questions. The nature and purpose of the study and its potential risks / benefits and expected duration of the study, and other relevant details of the study have been explained to me in detail. I understand that my participation is voluntary and that I am free to withdraw at any time, without giving any reason, without my medical care or legal right being affected.

I understand that the information collected about me from my participation in this research and sections of any of my medical notes may be looked at by responsible individuals from AIIMS. I give permission for these individuals to have access to my records.

I agree to take part in the above study.

(Signatures / Left Thumb Impression) ________________________________ Date: ________________________________

Name of the Participant: __________________________________________ Place: ________________________________

Son / Daughter / Spouse of: _______________________________________

Complete postal address: __________________________________________

This is to certify that the above consent has been obtained in my presence.

--------------------------------

Signatures of Investigator:

Date: ________________________________ Place: ________________________________

1) Witness – 1

Name: ____________________________

Address: __________________________

2) Witness – 2

Name: ____________________________

Address: __________________________
रोगी सुधाना प्रपत्र

परियोजना का शीर्षक: — भारत में नेत्र स्वास्थ्य पर वातावरण बदलाव तथा अल्ट्रावायलेट रेखाप्रेषण (यू-वी-आर-डी) के प्रभाव का बहु-केन्द्रीय सहयोगी अध्ययन।

डॉ० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र, अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली द्वारा अल्ट्रावायलेट रेखाप्रेषण तथा नेत्र रोगों से संबंधित एक अध्ययन संचालित किया गया है। पिछले दशकों में अल्ट्रावायलेट रेखाप्रेषण ने प्राकृतिक वातावरण को प्रभावित करने के साथ-साथ नेत्र स्वास्थ्य को भी महत्त्वपूर्ण रूप से प्रभावित किया है। जलवायु परिवर्तन के कारण आँख की ऊपरी सतह, कर्निया, लैंस तथा रेटिना पर दुष्प्रभाव पड़ा है। इस अध्ययन का मुख्य उद्देश्य अल्ट्रावायलेट के कारण उत्पन्न नेत्र शक्ति है। भारत में मोटियादिव अध्ययन का एक मुख्य कारण है। इस अध्ययन के द्वारा हम यू-वी-आर रेखाप्रेषण तथा विभिन्न नेत्र रोग जैसे मोटियादिव, गुफ्क नेत्र, टेलीजियम तथा रियो वाला (वी-के-सी-आर) के उपचार के सहसंबंध अति गंभीर समस्याओं को रोकने में सहायता प्राप्त होगी।

उपयुक्त जनानकी प्राप्त करने के लिए हमें वी-के-सी-आर के लिए 5 से 15 वर्ष की आयु वर्ग के बच्चों की तथा मोटियादिव, गुफ्क नेत्र तथा टेलीजियम के लिए 40 वर्ष से अधिक आयु वर्ग के व्यक्तियों के नेत्रों की जाँच होगी। आपको एक प्रशासनी दी जाएगी। सामान्यतः के अनुसार डॉ० राजेन्द्र नेत्र विज्ञान, केन्द्र, अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली में आपकी ओझों का उपचार एवं संपूर्ण जांच की जाएगी। नेत्र परीक्षण के दौरान नेत्र दंप्त की कुछ बुंदों द्वारा आपकी पुलिंग को विस्तारित किया जाएगा। इससे 1-2 दिनों तक आपको धुप पदार्थ दिखाई दे सकता है जो पृष्ठतः हानिकारक है। यह स्वतः ही ठीक हो जाएगा। विशेष केमरों द्वारा आप के नेत्रों के लेंसों की तस्वीरें ली जाएगी। उपयुक्त सभी परीक्षण एवं ज्ञानी एक बार में लगभग 3 घंटों में पूरी हो जाएगी।

आप के द्वारा दी गई सभी जानकारियों तथा सभी परीक्षणों के परिणाम गोपनीय रखा जाएगा। इस अध्ययन में शामिल होने से आपको किसी प्रकार की हानि नहीं होगी। आप इस अध्ययन में समर्पित होने अथवा इसे बीच में छोड़ देने के लिए स्वतंत्र है। आपकी नेत्र संबंधी समस्याओं का निश्चित उपचार किया जाएगा। आपकी इस अध्ययन में सहभागिता अथवा अध्ययन छोड़ देने से आपके उपचार पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा।

आपसे अनुरोध है कि इससे अतिरिक्त किसी भी जानकारी अथवा स्पष्टीकरण के लिए आप किसी भी समय निम्न व्यक्तियों से संपर्क कर सकते हैं:-

आचार्य राधिका ठाकुर, आचार्य 26593145
डॉ० प्रभियो वरिष्ठ, सह आचार्य 9868398410, 26593143
रोगी सूचित स्वीकृति पत्र

इस दूरध्वनि के लिए रोगी की आईडी: ........................................

परियोजना का शीर्षक: — भारत में नेत्र स्वास्थ्य पर वातावरण बदलाव तथा अल्ट्रावॉलेट रेडियेशन (यूनीवर्सरॉ) के प्रभाव का बहु केंद्रीय सहयोगी अध्ययन।

मुख्य अन्वेषक का नाम: आचार्या राधिका टहनी 26593145

इस सूचना पत्र की सामग्री दिनांक ............... को प्रदान की गई थी, मैंने साक्षात्कारी नूतनता पृष्ठ पर लिखी है। मुझे उस भाषा में विस्तार से समझा दिया गया है जो मुझे समझ में आता है और मैंने पूरी साक्षात्कारी अच्छी तरह समझ लिया है। मैं पुष्टि करता / करती हूँ कि मुझे प्रश्न पूछने वा अपसर दिया गया है।

अध्ययन का प्रकार और प्रयोजन तथा इसके सम्बंधित जोखिम / लाभ और अध्ययन पूरा होने की अनुमानित आवश्यकता तथा अध्ययन के अन्य समग्र विवरण मुझे विस्तार से समझ दिये गए हैं। मुझे बताया गया है कि मरी भागीदारी स्वेच्छानुसार है और मैं कोई वारण बताए विना किसी भी समय वापस जाने के लिए पूरी तरह स्वतंत्र हूँ और इस पर मेरी चिकित्सा देखभाल या कंट्रोल आधिकारिक पर बोई प्रभाव नहीं पड़ेगा।

मुझे पता है कि इस अनुसंधान में मेरी भागीदारी के बारे में जमा की गई जानकारी और मेरे चिकित्सा नेटवर्क भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान (एसएस) के जिम्मेदार व्यक्तियों द्वारा देखी जाएगी, जो परियोजना प्राधिकरणों से हैं, जहां इस अनुसंधान में मेरे भाग लेने को संगठन पाया जाए। मैं इन व्यक्तियों की अपने बिश्लेख देखने की अनुमति देता/देती हूँ।

मैं उपरोक्त अध्ययन में भाग लेने के लिए सहमत हूँ।

दिनांक: ................

स्थान: ................

हस्ताक्षर/बाएं अंगूठे का निशान: ........................................

सहभागी का नाम: ........................................

पुत्र/पुत्री/जीवन साथी: ........................................

डाक का पूरा पता: ........................................

यह प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त स्वीकृति मेरी उपस्थिति में प्राप्त की गई है।

-------------------------------

अन्वेषक के हस्ताक्षर

दिनांक: ................

स्थान: ................

गवाह – 1
गवाह का नाम ........................................

डाक का पूरा पता ........................................

गवाह – 2
गवाह का नाम ........................................

डाक का पूरा पता ........................................
# Form I
Household Enumeration Form
(Please encircle and write the given response)

| IDENTIFICATION DATA               | RESPONSE CATEGORIES                                                                 | For Office Use Only |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Study Location                    | Delhi=1, Guwahati=2, Chennai=3                                                      | [ ]                 |
| Name of village                   |                                                                                     |                     |
| Cluster Code                      |                                                                                     | [ ] [ ]             |
| Household ID                      | Study House No. ____________                                                        | Location 1D (1) +Cluster 1D (2) +HH No (3) |
| Date of Enumeration               | (dd/mm/yyyy) __ / __ / ______                                                       | [ ] [ ] – [ ] [ ] – [ ] [ ] |
| Name of respondent:               |                                                                                     |                     |
| Relation to Head of the House     | 01. Self, 02. Spouse, 03. Father, 04. Mother, 05. Son, 06. Daughter, 07. Brother,  | [ ] [ ]             |
| Hold (HOH)                        | 08. Sister, 09. Daughter-in-law, 10. Grand Son, 11. Grand Daughter, 12. Servant,    |                     |
|                                  | 66. Other(Specify)                                                                  |                     |
| Religion                          | 1. Hindu, 2. Muslim, 3. Sikh, 4. Christian, 66. Others(Specify)                      | [ ]                 |
| Caste                             | 1. SC/ST, 2. OBC, 3. General                                                        | [ ] [ ]             |
| Number of rooms in the house: excluding kitchen, toilets and bathrooms. | Exact Number वास्तविक संख्या _________ | [ ] [ ] |
|---|---|---|
| Landholdings (Cultivable) कृषि योग्य भूमि | 00. No land holding 01. Less than / equal to one acre Give exact number of acres if more than one 00. कोई भूमि नहीं , 01. एक किले से कम / बराबर, यदि एक किले से अधिक है तो किलो की सही संख्या _________ | [ ] [ ] |
| Total family income per month by all sources कुल मिलाकर परिवार की मासिक आय | ₹ ______________ | [ ] |
| 99. Not known 99. नहीं पता | [ ] |
| Total Number of Household Members ( Those staying continuously for the last 6 months or more) घर के सदस्यों की कुल संख्या (जो लगातार पिछले छ: माह या अधिक से रह रहे हैं) | Actual No. of persons (including children of all ages) सदस्यों की वास्तविक संख्या (सभी उम्र के बच्चो को मिलाकर) _________ | [ ] [ ] |
| 00-04 years (00-04 वर्ष ) ______________ | [ ] [ ] |
| 05-15 years (05-15 वर्ष ) ______________ | [ ] [ ] |
| 16-39 years (16-39 वर्ष ) ______________ | [ ] [ ] |
| 40+ years (40+ वर्ष ) ______________ | [ ] [ ] |
Details of all members in the household (Start with oldest living member)

| S. No | Unique ID No | Name | Relation to HOH | Age | Gender | Marital Status | Education | Current Occupation | Type of resident | VKC |
|-------|--------------|------|-----------------|-----|--------|---------------|-----------|-------------------|-----------------|-----|
| 1.    |              |      |                 |     |        |               |           |                   |                 |     |
| 2.    |              |      |                 |     |        |               |           |                   |                 |     |
| 3.    |              |      |                 |     |        |               |           |                   |                 |     |
| 4.    |              |      |                 |     |        |               |           |                   |                 |     |
| 5.    |              |      |                 |     |        |               |           |                   |                 |     |
| 6.    |              |      |                 |     |        |               |           |                   |                 |     |
| 7.    |              |      |                 |     |        |               |           |                   |                 |     |
| 8.    |              |      |                 |     |        |               |           |                   |                 |     |
| 9.    |              |      |                 |     |        |               |           |                   |                 |     |

**Relation**
- 01. Self
- 02. Spouse
- 03. Father
- 04. Mother
- 05. Son
- 06. Daughter
- 07. Brother
- 08. Sister
- 09. Daughter-in-law
- 10. Grand Son
- 11. Grand Daughter
- 12. Servant
- 66. Other

**Age**
- Actual No. of years
- 99. Not known

**Gender**
- 1. Male
- 2. Female

**Marital Status**
- 01. Married
- 02. Unmarried
- 03. Divorced
- 04. Separated
- 05. Widow/Widower
- 33. Not applicable
- 66. Others (Specify)

**Education**
- 00. Illiterate
- 50. Can read & write
- 51-12. Years of schooling
- 14. Diploma
- 15. Graduation
- 17. Post Graduation
- 20. Professional Education
- 33. Not applicable
- 66. Others (Specify)
- 99. Not known

**Occupation**
- 01. House work
- 02. Cultivator
- 03. Agricultural laborer
- 04. Non Agricultural laborer
- 05. Skilled worker
- 06. Office Job (Class I)
- 07. Office Job(Class II/III)
- 08. Office Job(Class IV)
- 09. Business
- 10. Professional (Doctor, Engineer, Lawyer etc.)
- 11. Unemployed
- 12. Retired/ Not working because of old age
- 13. Not working because of handicap/ sickness
- 14. Student
- 33. Not applicable
- 66. Others (Specify)

**Type of Resident**
- 1. Usual resident
- 2. Resident for less than 6 months

- 0. None
- 1. Vernal kerato conjunctivitis (VKC)
Date of First Visit for Enumeration: ________________________
Date of Second Visit for Enumeration: ________________
Date of Third Visit for Enumeration: ________________

Signature of Enumerator

Name of Enumerator

Status of Enumeration Data

1. Completed interview (पूर्ण सशक्तकार)
2. Incomplete interview (अपूर्ण सशक्तकार)
3. Refused (मना कर दिया)
66. Others (Specify) अन्य (उल्लेख करे) _________
## IDENTIFICATION DATA

| पहचान तथ्य                                      | RESPONSE CATEGORIES         |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|
| Study Location प्रोजेक्ट की जगह                | दिल्ली = 1, गौवाहाटी = 2, चेन्नई = 3 |
| Name of Village ग्राम वा नाम                    |                             |
| Cluster Code समूह संख्या                      |                             |
| House No. मकान का दिया गया नम्बर             |                             |
| Person No. व्यक्ति नम्बर                      |                             |
| Person Unique ID No. (From Enumeration Form)  | व्यक्ति को दिया गया नम्बर    |
| Respondent Name उत्तरदाता का नाम             |                             |
| Gender लिंग                                  | माल = 1; महिला = 2        |
| Age उम्र                                       | लड़का = 1; महिला = 2       |
| Interviewer Name and Code साक्षात्कारकर्ता का नाम एवं कोड |                             |
| Date of Interview साक्षात्कार की तिथि      | (dd/mm/yyyy) _ _ _ _ _ _ _ _ |
# SECTION A: OUTDOOR EXPOSURE

## PRESENT ACTIVITY

1. **What type of work are you mainly involved in throughout the day?**
   
   (Multiple responses possible)
   
   आप की प्रमुख दिन की दिनचर्या क्या है? (एक से अधिक उत्तर संभव)
   1. Agricultural work (खेती का कार्य)
   2. Outdoor Non Agricultural Work (पर के बाहर अन्य कार्य)
   3. Indoor work (पर के अन्दर का कार्य)

2. **For how many years have you been doing this kind of work?**
   
   आप यह कार्य कितने वर्ष से कर रहे हैं?
   
   _______ years (वर्ष)

3. **How many hours do you usually spend outdoor after sunrise and before sunset?**
   
   (9:00 AM to 5:00 PM) Record in decimal form (eg: 1:30hr = 1.5hr)
   
   आप सूरज उगने से सूरज दूसरे तक न्यायः कितने घंटे घर से बाहर बिताते हैं?
   
   (सुबह 9:00 बजे से शाम 5:00 बजे तक) 0 = Nil (कुछ नहीं)
   
   _______ hours (घंटे)

4. **For how many hours are you usually outdoors in the middle of the day?**
   
   (From 11:00 AM to 3:00 PM)
   
   आमतौर पर आप दोपहर में कितने घंटे घर से बाहर बिताते हैं?
   
   (सुबह 11:00 बजे से दोपहर 3:00 बजे तक)
   
   _______ hours (घंटे)

5. **What type of head gear or eye gear do you normally wear when outside b/w 9 AM to 5 PM?**
   
   आमतौर पर आप जब सूरज में जाते हैं तो सुबह 9:00 बजे से 5:00 बजे तक तिस्र व आँख छोड़ने के लिए क्या इस्तेमाल करते हैं?
   
   Record in decimal form (eg: 1:30hr = 1.5hr)
   
   0. None (कुछ नहीं)
   1. Veil/Dupatta/Saree pallu/Ghunghat(बार/दुपट्टा/सारी पल्लू/धूपंघट)
   2. Pagdi/saroopa/ mundas/towel(पगड़ी/सारोपा/मुंडा/तोली)
   3. Umbrella(लाठी)
   4. Cap (टोपी)
   5. Sunglasses/prescription glasses (धूप का चश्मा/नम्बर वाला चश्मा)
   66. Others (उलेख करें)

## PAST ACTIVITY

6. **Were you doing some other work in the past?**
   
   (Multiple responses possible)
   
   क्या आप इसके फिर से दुसरा काम करते थे? (एक से अधिक उत्तर संभव)
   
   0. Not applicable (लापर नहीं)
   1. Agricultural work (खेती का कार्य)
   2. Outdoor Non Agricultural Work (पर के बाहर अन्य कार्य)
   3. Indoor work (पर के अन्दर का कार्य)

7. **For how many years did you follow this routine?**
   
   आप ने यह कार्य कितने वर्ष से किया था?
   
   _______ years (वर्ष)

8. **How many hours did you usually spend outdoor after sunrise and before sunset?**
   
   (9:00am to 5:00pm) Record in decimal form (eg: 1:30hr = 1.5hr)
   
   आप सूरज उगने से सूरज दूसरे तक न्याय: कितने घण्टे घर से बाहर बिताते थे?
   
   (सुबह 9:00 बजे से शाम 5:00 बजे तक) 0 = Nil (कुछ नहीं)
   
   _______ hours (घंटे)

9. **For how many hours were you usually outdoors in the middle of the day?**
   
   (From 11:00 AM to 3:00 PM)
   
   आमतौर पर आप दोपहर में कितने घंटे घर से बाहर बिताते थे?
   
   (सुबह 11:00 बजे से दोपहर 3:00 बजे तक)
   
   _______ hours (घंटे)

10. **What type of head gear or eye gear did you normally wear when outside b/w 9 AM to 5 PM?**
    
    आमतौर पर आप जब सूरज में जाते थे तो सुबह 9:00 बजे से शाम 5:00 बजे तक तिस्र व आँख छोड़ने के लिए क्या इस्तेमाल करते थे?
    
    Record in decimal form (eg: 1:30hr = 1.5hr)
    
    0. None (कुछ नहीं)
    1. Veil/Dupatta/Saree pallu/Ghunghat(बार/दुपट्टा/सारी पल्लू/धूपंघट)
    2. Pagdi/saroopa/ mundas/towel(पगड़ी/सारोपा/मुंडा/तोली)
    3. Umbrella(लाठी)
    4. Cap (टोपी)
    5. Sunglasses/prescription glasses (धूप का चश्मा/नम्बर वाला चश्मा)
    66. Others (उलेख करें)
### REMOTE PAST ACTIVITY

11. **Were you doing some other work in the past?** *(Multiple responses possible)*

| क्या आप इसके अलावा काम करते थे? (एक से अधिक उत्तर संभव) |
|-----------------|
| 0. Not applicable (लागू नहीं) |
| 1. Agricultural work (खेती का कार्य) |
| 2. Outdoor Non Agricultural Work (घर के बाहर अन्य कार्य) |
| 3. Indoor work (घर के अन्दर का कार्य) |

12. **For how many years did you follow this routine?**

| आप ने यह कार्य कितने वर्षों तक किया था? |
|-----------------|
| ___________ years (वर्ष) |

13. **How many hours did you usually spend outdoor after sunrise and before sunset?** *(9.00AM to 5.00PM) Record in decimal form (e.g.: 1:30hr = 1.5hr)*

| आप सूरज उद्घाटन से सूरज हटने तक प्रायः कितने घंटे खाली हाल से बाहर बिताते थे? |
|-----------------|
| सुबह 9:00 बजे से शाम 5:00 बजे तक | 0 = Nil (कुछ नहीं) |

| ___________ hours (घंटे) |

### SECTION B: INDOOR SMOKE EXPOSURE

#### KITCHEN (रसोईघर)

16. **Do/Did you ever cook food/ spend time in the kitchen daily?**

| क्या प्रतिदिन आप खाना पकाते/रसोईघर में समय बिताते हैं? |
|-----------------|
| Yes (हाँ) = 1 No (नहीं) = 2 |

17. **If yes, then how much time do you spend in the cooking place/kitchen every day?**

| यदि हाँ तो आप प्रतिदिन कितना समय खाना पकाते या रसोईघर में बिताते हैं? |
|-----------------|
| **Total Time (कुल)** ___________ hours (घंटे) |

18. **For how many years have you been cooked food/spent time in the kitchen?**

| आप कितने वर्ष खाना बनाते/रसोईघर में समय बिताते हैं? |
|-----------------|
| ___________ years (वर्ष) |

### FUEL (ईंधन)

| S.No. कोड | Type of fuel | कितने साल से ईंधन के प्रयास | Present | Past | Remote past |
|-------------|--------------|-----------------------------|---------|-----|-------------|
| 1.          | Wood/Crop residues/Dung cakes (लकड़ी/फलसल का ब्याना बुरा हो इंधन उपलब्ध) |
| 2.          | Coal/coke/lignite/ Charcoal (कोल्हापुर/लकड़ी का कोल्हापुर) |
| 3.          | Kerosene (किसलीन) |
| 4.          | Electricity (बिजली का घोटाला) |
| 5.          | LPG (एलपीजी) |
| 6.          | Bio Gas/Gobar Gas/Solar Cooker (बायोग्यास/गोबरग्यास/सौर क्षेत्रीय) |

19. **In your house what fuel is generally used?** *(Multiple responses possible)*

| सामान्यतः आपके घर में कोना सा ईंधन इस्तेमाल होता है? (एक से अधिक उत्तर संभव है) |

| FUEL (ईंधन) | कितने साल से ईंधन के प्रयास | Present | Past | Remote past |
|--------------|-----------------------------|---------|-----|-------------|
| 1.          | Wood/Crop residues/Dung cakes (लकड़ी/फलसल का ब्याना बुरा हो इंधन उपलब्ध) |
| 2.          | Coal/coke/lignite/ Charcoal (कोल्हापुर/लकड़ी का कोल्हापुर) |
| 3.          | Kerosene (किसलीन) |
| 4.          | Electricity (बिजली का घोटाला) |
| 5.          | LPG (एलपीजी) |
| 6.          | Bio Gas/Gobar Gas/Solar Cooker (बायोग्यास/गोबरग्यास/सौर क्षेत्रीय) |
SECTION C: SMOKING HABITS

20. Have you ever smoked tobacco daily for more than three months?
क्या आप ने कभी लगातार तीन महीने से अधिक समय तक प्रतिदिन धुम्रपान किया है?
   Yes ( हैं ) = 1  No (नहीं) = 2  (If No then finish the form III)

21. If yes, for how long have you been smoking/smoked tobacco?
यदि हां तो आपने कितने समय तक धुम्रपान किया है?
   ___________ months/ years( महीने / वर्ष)

22. What do you smoke?  (Multiple responses possible)
धुम्रपान के लिए आप क्या इस्तेमाल करते हैं?  ( एक से अधिक उत्तर संभव)
   1. Cigarette (सिगरेट)
   2. Bidi (बीडी)
   3. Hukka (हुक्का)
   66. Others (Specify) (अन्य उल्लेख करें) ___________

23. How many cigarettes/bidi/chillum do you smoke each day?
आप प्रतिदिन कितने सिगरेट/बीडी/हुक्का पीते हैं?

| Present | Past |
|---------|------|
|         | Years | Numbers |
| 1. Cigarette (सिगरेट) |      |         |
| 2. Bidi (बीडी) |      |         |
| 3. Hukka (हुक्का) |      |         |
| 66. Others (Specify) (अन्य उल्लेख करें) | | |
**UVR FORM III: Ocular Surface Disease Index (OSDI)**

Ask your participant the following 12 questions, and circle the number in the box that best represents each answer.

| Have you experienced any of the following during the last month: | Have problems with your eyes limited you in performing any of the following during the last month? |
|---|---|
| **क्या आपने मिल्ले महीने निम्न में से किसी तकलीफ का अनुभव किया है?** | **क्या पिछले महीने से आप निम्न व्यक्तियों के कारण आप निम्न व्यक्तियों के नहीं कर पा रहे हैं?** |
| **क्या आपने मिल्ले महीने निम्न में से किसी तकलीफ का अनुभव किया है?** | **क्या पिछले महीने से आप निम्न व्यक्तियों के कारण आप निम्न व्यक्तियों के नहीं कर पा रहे हैं?** |
| 1. Eyes that are sensitive to light? | 6. Reading (पढ़ना) |
| ऑक्सीज़ों वा रोशनी से प्रभावित होना | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N/A |
| 2. Eyes that feel gritty? | 7. Driving at night? |
| ऑक्सीज़ों में किन्नरकारण महसूस होना | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N/A |
| 3. Painful or sore eyes? | 8. Working with a computer or bank machine (ATM)? |
| ऑक्सीज़ों में दर्द या जलन | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N/A |
| 4. Blurred vision (ऑक्सीज़ों में झूलतापन) | 9. Watching TV? |
| 5. Poor vision ( नज़र कमजोर होना)? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N/A |
| **Subtotal score for answers 1 to 5:** | **Subtotal score for answers 6 to 9:** |
| **A** | **B** |
| **Have your eyes felt uncomfortable in any of the following situations during the last month?** | **Subtotal score for answers 10 to 12:** |
| **क्या मिल्ले महीने से निम्न में से किसी परिस्थितियों में आप ऑक्सीज़ों में तकलीफ हुई है?** | **Subtotal score for answers 10 to 12:** |
| **क्या मिल्ले महीने से निम्न में से किसी परिस्थितियों में आप ऑक्सीज़ों में तकलीफ हुई है?** | **C** |
| **Total score (A+B+C) =** | **Total no. of questions answered =** |
| Status of Interview | 1. Completed interview (पूर्ण साक्षात्कार) |
|---------------------|------------------------------------------|
| साक्षात्कार की रिपोर्ट | 2. Incomplete interview (अपूर्ण साक्षात्कार) |
|                     | 3. Refused (मना कर दिया)                 |
|                     | 66. Others (Specify) अन्य (उल्लेख करें)   |

| Signature of Interviewer: | Name of Interviewer: |
|---------------------------|-----------------------|

SPECIAL OBSERVATIONS AND REMARKS
रोगी सूचना प्रपत्र

परियोजना का शीर्षक: — भारत में नेत्र स्वास्थ्य पर वातावरण बदलाव तथा अल्ट्रावॉयलेट रेडियैशन (यू.वी.आर) के प्रभाव का बुद्ध केन्द्रीय सहयोगी अध्ययन।

डॉ॰ राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र, अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली द्वारा अल्ट्रावॉयलेट रेडियैशन तथा नेत्र रोगों से संबंधित एक अध्ययन संचालित किया गया है। पिछले दशकों में अल्ट्रावॉयलेट रेडियैशन ने प्राकृतिक वातावरण को प्रभावित करने के साथ—साथ नेत्र स्वास्थ्य को भी महत्वपूर्ण रूप से प्रभावित किया है।

जलवायु परिवर्तन के कारण आंख की ऊपरी सतह, कार्बनिया, लैस तथा रेटिना पर दुर्भाव पड़ा है। इस अध्ययन का मुख्य उद्देश्य अल्ट्रावॉयलेट के कारण उत्पन्न नेत्र शरीर है। भारत में मोटियाबिद अंधता का एक मुख्य कारण है। इस अध्ययन के द्वारा हम यू.वी.आर रेडियैशन तथा विभिन्न नेत्र रोग जैसे मोटियाबिद, शुक्क नेत्र, टेरीजियम तथा सिंग्र नजला (वी.के॰सी॰) के उपचार के सहसंबंध अति गंभीर समस्याओं को रोकने में सहयोगी प्रदान किया।

उपयुक्त जानकारी प्राप्त करने के लिए हमें वी.के॰सी॰ के लिए 5 से 15 वर्ष की आयु वर्ग के बच्चों की तथा मोटियाबिद, शुक्क नेत्र तथा टेरीजियम के लिए 40 वर्ष से अधिक आयु वर्ग के व्यक्तियों के नेत्रों की जांच होगी। आपको एक प्रमाणात्मक दी जाएगी। सामान्यमान के अनुसार डॉ॰ राजेन्द्र नेत्र विज्ञान, केन्द्र, अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली में आपकी आंखों का उपचार एवं संपूर्ण जांच की जाएगी। नेत्र परीक्षण के दौरान नेत्र जोड़ का कुछ बूढ़ो द्वारा आपकी पूर्ति को विस्तारित किया जाएगा। इससे 1-2 दिनों तक आपको हालत दिखाई देने का संकेत है जो पूर्णत: हानिचित्र है। यह स्वतः ही ठीक हो जाएगा। विशेष कृत्यों द्वारा आप के नेत्रों के लेनों की सवारी ली जाएगी। उपयुक्त सभी परीक्षण एवं जांच एक बार में लगभग 3 घंटों में पूरी हो जाएगी।

आप के द्वारा दी गई सभी जानकारियों तथा सभी परीक्षणों के परिणाम गोपीनाथ रखा जाएगा। इस अध्ययन में शामिल होने से आपको किसी प्रकार की हानि नहीं होगी। आप इस अध्ययन में समर्पित होने अथवा इसे बीच में छोड़ देने के लिए स्वतंत्र है। आपकी नेत्र संबंधी समस्याओं का निषेधक उपचार किया जाएगा। आपकी इस अध्ययन में सहभागिता अथवा अध्ययन छोड़ देने से आपके उपचार पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा।

आपसे अनुरोध है कि इससे अतिरिक्त किसी भी जानकारी अथवा सप्तशीकरण के लिए आप किसी भी समय निम्न व्यक्तियों से संपर्क कर सकते हैं: —

आचार्य राधिका टबन, आचार्य  26593145
डॉ॰ प्रवीण वरिष्ठ, तह आचार्य  9868398410, 26593143
रोगी सुचित स्वीकृति पत्र

इस दूतावास के लिए रोगी की आईडी: .................................................................

परियोजना का नाम: – भारत में नेत्र स्वास्थ्य पर वातावरण बदलाव तथा अल्ट्रावॉलेट रेडिएशन (यू०वी०आर०)
के प्रभाव का बहु केंद्रीय सहयोगी अध्ययन।

मुख्य अन्वेषक का नाम: आचार्य राधिका टिंडन 26593145

इस सूचना पत्र की सामग्री दिनांक: ..................... को प्रदान की गई थी, मैंने सावधानीपूर्वक पढ़ाई है। मुझे उस भाषा में विस्तार
से समझा दिया गया है जो मुझे समझ में आती है और मैंने पूरी सामग्री को अच्छी तरह समझ लिया है। मैं पुस्तिका / कर्तार हूँ कि मुझे प्रेम
पृथ्वी का अवसर दिया गया है।

अध्ययन वा प्रयोजन और प्रयोजन तथा इसके समाचार जोखिम / लाभ और अध्ययन पूरा होने की अनुमानित आवश्यकता तथा अध्ययन के
अन्य संगठन विवरण मुझे विस्तार से समझा दिये गए है। मुझे बताया गया है कि मेरी भाषादारी स्वच्छन्दता है और मैं बहु-वर्ण बताये बिना
किसी भी समय वापस जाने के लिए पूरी तरह स्वतंत्र हूँ और इस पर मेरी चिन्ता देखभाल या वसूली आधिकारी पर कोई प्रभाव नहीं पड़ा।

मुझे पता है कि इस अनुसंधान मे मेरी भाषादारी के बारे मे जगा की गई जानकारी और मेरे चिन्ता नहीं अखिल भारतीय आयुर्वि
ज्ञान संस्थान (एस्सी) के जिम्मेदार व्यक्तियों द्वारा देखी जाएगी, जो विनियमक प्राधिकरणों से है, जहाँ इस अनुसंधान मे मेरे भाग लेने के संगत
पाया जाए। मे इन व्यक्तियों के अपने अभिलेख देखने की अनुमति देता हूँ।

मैं उपरोक्त अध्ययन मे भाग लेने के लिए सहमत हूँ।

दिनांक: ................
स्थान: ...........................

हस्ताक्षर/बाएं अंगूठे का निशान: .................................................................

सहभागी का नाम: ............................... .................................................................

पुत्र/पुत्री/जीवन साथी:

डाक का पूरा पता: ............................... .................................................................

यह प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त स्वीकृति मेरी उपस्थिति मे प्राप्त की गई है।

.................................................................

अन्वेषक के हस्ताक्षर

दिनांक: ...........................
स्थान: ...............................

गवाह – 1
गवाह का नाम ............................... .................................................................

डाक का पूरा पता .................................................................

गवाह – 2
गवाह का नाम ............................... .................................................................

डाक का पूरा पता .................................................................
रोगी सूचना प्रमर

परियोजना का शीर्षक: — भारत में नेत्र स्वास्थ्य पर वातावरण बदलाव तथा अल्ट्रावॉयलेट रेडिएशन

(यू०२००००) के प्रभाव का बुध केंद्रीय सहयोगी अध्ययन|

डॉ० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र, अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली द्वारा अल्ट्रावॉयलेट रेडिएशन तथा नेत्र रोगों से संबंधित एक अध्ययन संचालित किया गया है। पिछले दशकों में अल्ट्रावॉयलेट रेडिएशन ने प्राकृतिक वातावरण को प्रभावित करने के साथ—साथ नेत्र स्वास्थ्य को भी महत्वपूर्ण रूप से प्रभावित किया है। 

जलवायु परिवर्तन के कारण आख की ऊपरी सतह, कार्यालय, लैंड तथा रेटिना पर दुष्प्रभाव पड़ा है। इस अध्ययन का मुख्य उद्देश्य अल्ट्रावॉयलेट के कारण जलवायु नेत्र रोग क्षिति है। भारत में मोटियाबिद अंधता का एक मुख्य कारण है। इस अध्ययन के द्वारा हम यू०२००० रेडिएशन तथा विभिन्न नेत्र रोग जैसे मोटियाबिद, शूक नेत्र, टेरीजियम तथा सिगरेट नजला (वी०के०सी०) के उपचार के सहसंबंध अति गम्भीर समस्याओं को रोकने में सहयोग प्राप्त होगी।

उपर्युक्त जानकारी प्राप्त करने के लिए हमें वी०के०सी० के लिए 5 से 15 वर्ष की आयु वर्ग के बच्चों की तथा मोटियाबिद, शूक नेत्र तथा टेरीजियम के लिए 40 वर्ष से अधिक आयु वर्ग के ज्वालियों के नेत्रों की जाँच होगी। आपको एक सामान्य ती दी जाएगी। सामान्य मानक के अनुसार डॉ० राजेन्द्र नेत्र विज्ञान केन्द्र, अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली में आपकी ओर से उपचार एवं संपूर्ण जाँच की जाएगी। नेत्र परीक्षण के दौरान नेत्र जोड़े की कुछ बूढ़ों द्वारा आपकी पूर्ति की बिस्तारित किया जाएगा। इससे 1-2 दिनों तक आपको धुंधला दिखाई देन सकता है जो फूड़त: हानिकारक है। यह स्वी: ही ठीक हो जाएगा। विशेष केमरों द्वारा आप के नेत्रों के लेजों की तस्वीरें ली जाएगी। उपर्युक्त सभी परीक्षण एवं जाँच एक बार में लगभग 3 घंटों में पूरी हो जाएगे।

आप के द्वारा दी गई सभी जानकारियां तथा सभी परीक्षणों के परिणाम गोपनीय रखा जाएगा। इस अध्ययन में शामिल होने से आपको किसी प्रकार की हानि नहीं होगी। आप इस अध्ययन में सहभागिता करने के लिए लगभग 3 घंटे में से छोड़ देने के लिए स्वतन्त्र है। आपकी नेत्र संबंधी समस्याओं का निश्चित उपचार किया जाएगा। आपकी इस अध्ययन में सहभागिता अथवा अध्ययन छोड़ देने से आपके उपचार पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा।

आपसे अनुरोध है कि इससे अतिरिक्त किसी भी जानकारी अथवा स्पष्टीकरण के लिए आप किसी भी समय निम्न व्यक्तियों से संपर्क कर सकते हैं —

आचार्य राधिका टॉड़न, आचार्य 26593145

डॉ० प्रश्न परिश्लेष, सह आचार्य 9868398410, 26593143

Version 2.0
# UVR FORM IV

## INDIVIDUAL RISK ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (5-15 YRS)

| IDENTIFICATION DATA | RESPONSE CATEGORIES |
|----------------------|---------------------|
| **Study Location**   | Delhi=1, Guwahati=2, Chennai=3 |
| **Name of Village**  | दिल्ली =1, गोवाहाटी =2, चेन्नई = 3 |
| **Cluster Code**     | _____________________ |
| **House No.**        | _____________________ |
| **Child No.**        | _____________________ |
| **Child Unique ID No.** | Location ID (1) + Cluster ID (2) + House No(3) + Person No (2) |
| **Interviewer Code and Name** | _____________________ |
| **Respondent Name**  | _____________________ |
| **Relationship to the child** | Mother=1 Father=2 माता =1 पिता =2 |
| **Date of Interview** | Anu (उल्लेख करे) |
| **Name of child**    | _____________________ |
| **Gender of the child** | Male=1 Female=2 पुरुष = 1 स्त्री = 2 |
| **Age of child**     | _____________________ |
**Informant: Mother/Father**  (Please Encircle the right response)

| S. No. | DATA                                                                 | RESPONSE CATEGORIES                                      |  |
|--------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---|
| 1.     | Is there a family history of allergy or asthma (breathing problem)? | 1= Yes  2 = No  99 = Not known                           |   |
|        | क्या आप के परिवार में कभी किसी को एलर्जी या अस्थमा (सास की) समस्या रही है ? | 1= हाँ 2= नहीं 99= पता नहीं |   |
| 2.     | Are there any pets in the family?                                    | 1=Yes  2=No                                             |   |
| 3.     | Does anybody smoke in your family?                                  | 1=Yes  2=No                                             |   |
|        | (If No, than go to Question No.05)                                   |                                                          |   |
|        | क्या आप के परिवार में कोई सुमापन करता है ?                           |                                                          |   |
| 4.     | If yes, then what is the relation to head of the house hold?         | Name of the smoker                                       |   |
|        | यदि हैं, तो उसका परिवार के मुखिया से क्या सम्बन्ध है ?                   | दूसरा पानी करने वाले का नाम                               |   |
|        | 01. Self मुखिया                                                      |                                                          |   |
|        | 02. Spouse मुखिया की पत्नी /पति                                       |                                                          |   |
|        | 03. Father पिता                                                       |                                                          |   |
|        | 04. Mother माता                                                      |                                                          |   |
|        | 05. Son बेटा                                                        |                                                          |   |
|        | 06. Daughter बेटी                                                   |                                                          |   |
|        | 07. Brother भाई                                                   |                                                          |   |
|        | 08. Sister पहाड़                                                   |                                                          |   |
|        | 09. Daughter-in-law बहू                                             |                                                          |   |
|        | 10. Grand Son पोता/नाती                                            |                                                          |   |
|        | 11. Grand Daughter पोती/ नली                                       |                                                          |   |
|        | 12. Servant नौकर                                                   |                                                          |   |
|        | 66. Other(Specify) अन्य (उल्लेख करें ) _____________________________ |                                                          |   |
| 5.     | How many hours does the child usually spend outdoor after sunrise    | _________ घंटे                                            |   |
|        | and before sunset? (9AM to 5PM) 0 = Nil                             |                                                          |   |
|        | आप जब चूह अपने सारे कार्य के लिए सुरज निकले से सुरज छुड़ने तक प्रायः कितने घंटे घर से बाहर बिताता है ? |                                                          |   |
| 6.     | For how many hours is the child usually outdoors in the middle of the | _________ घंटे                                            |   |
|        | the day (From 11 AM to 3 PM) 0= Nil                                  |                                                          |   |
|        | आप का चूह दोपहर में कितने घंटे घर से बाहर बिताता है? (सुबह 11बजे से 3 बजे तक) |                                                          |   |
| 7.     | What type of head/eye gear does the child normally wear when outdoors?| Hrs. Per day (घंटे प्रति दिन)                           |   |
|        | आप का चूह घर से बाहर निकलते समय सिर व ऑँख को ढकने के लिए क्या इस्तेमाल करता है ? | 0. None (कुछ नहीं) : .................................. |   |
|        | 1. Cap/Hat(टोपी)                                                   | ................................................................. |   |
|        | 2. Umbrella/Japi (छाता)                                             | ................................................................. |   |
|        | 3. Towel/Gamcha (तौलीया)                                          | ................................................................. |   |
|        | 4. Sunglasses/prescription glasses                                   | ................................................................. |   |
|        | (पूरा चूह चश्मा / नम्बर वाला चश्मा)                                   |                                                          |   |
|        | 66. Others(specify) अन्य (उल्लेख करें)                              | ................................................................. |   |
### SECTION A: IDENTIFICATION DATA

| IDENTIFICATION DATA | RESPONSE |
|---------------------|----------|
| Study Location      | Delhi=1, Guwahati=2, Chennai=3 |
| Name of village     | __________ |
| Cluster Code        |          |
| House No.           |          |
| Person Number       |          |
| Person Unique ID No.| Location ID (1) + Cluster ID (2) + House No(3) + Person No (2) |
| Respondent Name     | __________ |
| Respondent Age (in completed years) |          |
| Gender              | Male = 1 ; Female = 2 |
| Optometrist Code/Name | ___________________ |
| Ophthalmologist Code/Name | ___________________ |
| Place of Examination | 1. Base hospital  
                           2. Central field site  
                           3. Home Examination |
| Date of Examination (dd/mm/yyyy) |          |
| Photograph taken    | Yes=1, No=2 |
SECTION B: BLOOD PRESSURE, BLOOD SUGAR AND ANTHROPOMETRY

**BLOOD PRESSURE (in mm Hg)**

|                      | First measurement | Second measurement |
|----------------------|-------------------|--------------------|
| Systolic blood pressure |                   |                    |
| Diastolic blood pressure |                 |                    |

If blood pressure not available please state reason why (circle one):
1. Patient refused
2. Machine gives error message
66. Other (specify): __________________________________________

**WEIGHT**

| State value in Kg up to one decimal point |
|------------------------------------------|

If weight measurement not possible, please state reason why (circle one):
1. Participant refuses
2. Participant is chair/bed bound
3. Participant is too unsteady on feet
66. Other (specify): __________________________________________

**STANDING HEIGHT**

| State value in cm up to one decimal point |
|------------------------------------------|

If standing height measurement not possible, please state reason why (circle one):
1. Participant refuses
2. Participant is chair/bed bound
3. Participant is too unsteady on feet
4. Participant has a bent spine
66. Other (specify): __________________________________________

**MID UPPER ARM CIRCUMFERENCE**

| State value (in cm) up to one decimal point |
|-------------------------------------------|

If circumference not taken, state the reason:

**BLOOD SUGAR**

| State value in mg/dl up to one decimal point |
|---------------------------------------------|

If blood sugar not taken, state the reason:

**HISTORY OF SYSTEMIC DISEASE (YES-1; NO=2)**

|                       | Yes/ No | Duration (yrs) | Medical Treatment (Yes/ No) |
|-----------------------|---------|----------------|-----------------------------|
| 1. DM                 |         |                |                             |
| 2. HYPERTENSION       |         |                |                             |
| 3. HEART DISEASE      |         |                |                             |
| 4. ANY OTHER (Specify)|         |                |                             |
### SECTION C1: VISUAL ACUITY

| Wearing Glass (Yes=1, No=2) | Vision | Right Eye | Left Eye |
|-----------------------------|--------|-----------|----------|
|                             | Acuity | Total ‘E’s read | Acuity | Total ‘E’s read |
| Unaided                     | Distance |           | Near     |           |
| Presenting (With usual glasses) | Distance |           | Near     |           |

If vision not recorded, state the reason: RE__________________________
LE__________________________

### SECTION C2: SUBJECTIVE ACCEPTANCE

Subjective Acceptance (Done/Not Done)

If Not Done, Give reason: Corneal disease, Lenticular opacity, Patient Not Cooperative, Machine Error, Home Visit

| Acceptance | Right Eye | Sphere | Cylinder | Axis | Acuity | Total ‘E’s read |
|------------|-----------|--------|----------|------|--------|----------------|
| Right Eye  | Distance  |        |          |      |        |                |
|            | Near      | Add    | D sph   |      |        |                |
| Left Eye   | Distance  |        |          |      |        |                |
|            | Near      | Add    | DSph    |      |        |                |

### SECTION C3: AUTOREFRACTION

Autorefraction (Done/Not Done)

If Not Done, Give reason: Corneal disease, Lenticular opacity, Patient Not Cooperative, Machine Error, Home Visit

| Sphere | Cylinder | Axis |
|--------|----------|------|
| Right Eye: +/- | +/- |     |
| Left Eye: +/- | +/- |     |

### SECTION D: DRY EYE TESTS

| PARAMETER          | RIGHT EYE | LEFT EYE |
|--------------------|-----------|----------|
| SCHIRMER’S TEST (mm) |          |          |
| BREAK UP TIME (sec)  |          |          |

If dry eye tests not done please state reason why (circle one):

1. Patient refused
66. Other (specify): _____________________
### SECTION E: INTRAOCULAR PRESSURE

| Measured (1= Yes; 2= No)          | RE | LE |
|----------------------------------|----|----|
| IOP in mm Hg                     |    |    |
| **Measured with:**               | 1. NCT | 2. Perkin's Applanation |
| If not measured, Give reasons    |    |    |

### SECTION F1: BASIC EYE EXAMINATION

(Mark: 1= Present; 2=Not present; 9=Undetermined)

| 1. Squint (a=LDS; b=LCS; c=RDS; d=RCS) | RE | LE |
|---------------------------------------|----|----|
| 2. Nystagmus                          |    |    |
| 3. Anterior staphyloma                |    |    |
| 4. Phthisis/ Disorganized/Absent     |    |    |
|   Globe/Microphthalmos/Anophthalmos  |    |    |
| 5. Corneal Opacity (specify cause)   |    |    |
| 6. Adherent leucoma                   |    |    |
| 7. Corneal Ulcer (Infective/shield ulcer) |    |    |
| 66. Others (Specify)                  |    |    |

If undetermined give reasons LE_________________  RE_________________

### SECTION F2: BIOMICROSCOPY EXAMINATION

(Mark: 1= Present; 2=Not present; 9=Undetermined)

- Not Done, please explain: __________________________________________

| 1. Pterygium                        | Nasal/temporal | Nasal/temporal |
|-------------------------------------|----------------|----------------|
| a. Location                         |                |                |
| b. Size (mm)                        |                |                |
| c. Extent beyond corneal limbus    |                |                |
| d. Grade                            |                |                |
| 2. Pinguecula                       |                |                |
| 3. Corneal Staining                 | Superior =1, Inferior =2, Nasal =3, Temporal =4, Central =5, Total/Diffuse =6 |
| a. Location                         |                |                |
| 4. Other Pathology                  | specify:       |                |

If undetermined give reasons LE_________________  RE_________________

### SECTION G: PUPIL DILATION

1. Were mydriatic drops instilled (Yes=1; No=2)  RE ______  LE ______
   If no, specify reason RE ______________________ LE ______________________

2. Was dilation = 6 mm (Yes=1; No=2)  RE ___________  LE ___________
**SECTION H1: LENS STATUS (MULTIPLE RESPONSES ALLOWED)**  
(Present=1; Not present=2; Not seen=3; Undetermined=9)

|   | RE | LE |
|---|----|----|
| 1. Normal |     |    |
| 2. Pseudoexfoliation |     |    |
| 3. Cortical Cataract |     |    |
| 4. Nuclear Cataract |     |    |
| 5. Posterior subcapsular cataract |     |    |
| 6. Advanced cataract |     |    |
| 7. Developmental cataract |     |    |
| 8. Traumatic cataract |     |    |
| 9. Aphakia |     |    |
| 10. Aphakia + PCO |     |    |
| 11. Pseudophakia |     |    |
| 12. Pseudophakia + PCO |     |    |
| 13. Dislocated or subluxated lens/IOL |     |    |
| 66. Others (specify) |     |    |

If not seen specify the reason  
RE ___________________ LE ___________________

If undetermined specify the reason  
RE ___________________ LE ___________________

**SECTION H2: LOCS III GRADING**

Details of LOCS grading:  
Not Applicable RE  
Not Applicable LE

| EYES | LOCS GRADING | Reasons for ungradable |
|------|--------------|------------------------|
|      | Cortical grade | PSC grade | Nuclear opalescence | Nuclear colour | 1= poor quality | 2= advanced opacity | 3= aphakia/ pseudophakia | 4= pupils not dilated | 5= patient Refused |
|      | (C)           | (P)       | (NO)                | (NC)          |                          |                         |                        |                          |                    |
| Right Eye |               |           |                     |               |                          |                         |                        |                          |                    |
| Left Eye |               |           |                     |               |                          |                         |                        |                          |                    |
### H3. IF, PSEUDOPHAKIC/APHAKIC, DETAILS ABOUT CATARACT SURGERY

|                  | Right eye | Left eye |
|------------------|-----------|----------|
| 1. Age at operation (years) |           |          |
| 2. Place of operation |           |          |
| Government hospital |           |          |
| Voluntary/charitable hospital |           |          |
| Private hospital |           |          |
| Eye camp/improvised setting |           |          |
| Traditional setting |           |          |
| Don't know |           |          |
| 3. Cost of surgery |           |          |
| Totally free |           |          |
| Partially free |           |          |
| Fully paid |           |          |
| Don't know |           |          |
| 4. Type of surgery |           |          |
| Non IOL |           |          |
| IOL implant (PCIOL/ACIOL) |           |          |
| Couching |           |          |
| Don't know |           |          |
| If aphakic, using aphakic glasses 1=Yes ;2= No |           |          |
| If No, state reason |           |          |

### SECTION I: FUNDUS EXAMINATION

(Present=1; Not present=2; Not seen=3; Undetermined=9)

|                  | RE | LE |
|------------------|----|----|
| 1. Normal |     |    |
| 2. Dry ARMD |    |    |
| 3. Wet ARMD |    |    |
| 4. Optic Atrophy | |    |
| 5. Glaucomatous cupping | |    |
| 6. High Myopia |    |    |
| 7. Vascular Retinopathy | |    |
| 8. Diabetic Retinopathy | Type(a=NPDR, b=PDR, c=Maculopathy) | |
| 9. Chorioretinitis | |    |
| 10. Other Maculopathy | |    |
| 11. Significant Vitreous opacities | |    |
| 12. Retinitis Pigmentosa | |    |
| 13. Retinal Detachment | |    |
| 14. Congenital anomaly | |    |
| 66. Others (specify) | |    |

If not seen specify the reason RE ________________ LE ____________

If undetermined specify the reason RE ________________ LE ____________
SECTION J: MAIN CAUSE PRESENTING VA<6/18
(Mark only one cause for each eye) (Present=1; Not present=2; Not seen=3; Undetermined=9)

| Mark one principal disorder | Not applicable RE | Not applicable LE |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| 1. Phthisical, disorganised or absent globe | 1 | |
| 2. Refractive error | 2 | |
| 3. Cataract, untreated | 3 | |
| 4. Aphakia, uncorrected | 4 | |
| 5. Posterior capsular opacification | 5 | |
| 6. Trachoma | 6 | |
| 7. Optic Atrophy | 7 | |
| 8. Corneal opacity | 8 | |
| 9. Globe abnormality | 9 | |
| 10. Glaucoma | 10 | |
| 11. Diabetic Retinopathy | 11 | |
| 12. ARMD | 12 | |
| 13. Chorioretinitis | 13 | |
| 14. Vascular retinopathy | 14 | |
| 15. Amblyopia | 15 | |
| 66. Other post. segment /CNS | 66 | |

If not seen specify the reason RE _________________ LE ____________

If undetermined specify the reason RE _________________ LE ____________

Examination completed/ Not completed
PROTOCOL FOR VISUAL ACUITY TESTING

1. RIGHT EYE -UNAIDED

| Four Metres |   |   |   |   | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|-------------|---|---|---|---|---------------------|-------------------|
| First Row   | m | m | m | m | 6/60                |                   |
| Second Row  | m | m | m | m | 6/48                |                   |
| Third Row   | m | m | m | m | 6/38                |                   |
| Fourth Row  | m | m | m | m | 6/30                |                   |
| Fifth Row   | m | m | m | m | 6/24                |                   |
| Sixth Row   | m | m | m | m | 6/19                |                   |
| Seventh Row | m | m | m | m | 6/15                |                   |
| Eighth Row  | m | m | m | m | 6/12                |                   |
| Ninth Row   | m | m | m | m | 6/9.5               |                   |
| Tenth Row   | m | m | m | m | 6/7.5               |                   |
| Eleventh Row| m | m | m | m | 6/6                 |                   |

Total E’s read at 4 meters (actual number of letters + 30)

| One Metre |   |   |   |   | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|-----------|---|---|---|---|---------------------|-------------------|
| First Row | m | m | m | m | 1/40                |                   |
| Second Row| m | m | m | m | 1/32                |                   |
| Third Row | m | m | m | m | 1/25                |                   |
| Fourth Row| m | m | m | m | 1/20                |                   |
| Fifth Row | m | m | m | m | 1/16                |                   |
| Sixth Row | m | m | m | m | 1/12.5              |                   |

Total E’s read at 1 meter (actual number of letters)

Finger Counting close to face | FCCF
Hand Movements | HM
Light Perception | PL
No Light Perception | N PL

Note:
Enter the number of letters read in each row and enter the total in the appropriate box depending on whether read at 4 metres or 1 metre. If there is no recording even at 1 metre, circle one of the four visual acuities (FCCF/HM/PL/NPL) as appropriate.
2. LEFT EYE-UNAIDED

| Four Metres | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|-------------|---------------------|-------------------|
| First Row   | m m m m m           | 6/60              |
| Second Row  | w m m m m           | 6/48              |
| Third Row   | m m m m m           | 6/38              |
| Fourth Row  | w m m m m           | 6/30              |
| Fifth Row   | m m m m m           | 6/24              |
| Sixth Row   | e w m m m           | 6/19              |
| Seventh Row | w m m m m           | 6/15              |
| Eighth Row  | m w m m m           | 6/12              |
| Ninth Row   | m m w m m           | 6/9.5             |
| Tenth Row   | w m m m m           | 6/7.5             |
| Eleventh Row| m m m m m           | 6/6               |

**Total E’s read at 4 meters (actual number of letters + 30)**

| One Metre   |                          |                   |
|-------------|--------------------------|-------------------|
| First Row   | m m m m m               | 1/40              |
| Second Row  | w m m m m               | 1/32              |
| Third Row   | m m m m m               | 1/25              |
| Fourth Row  | w m m m m               | 1/20              |
| Fifth Row   | m m w m m               | 1/16              |
| Sixth Row   | m m w m m               | 1/12.5            |

**Total E’s read at 1 meter (actual number of letters)**

| Finger Counting close to face | FCCF |
|--------------------------------|------|
| Hand Movements                 | HM   |
| Light Perception               | PL   |
| No Light Perception            | N PL |

**Note:**
Enter the number of letters read in each row and enter the total in the appropriate box depending on whether read at 4 metres or 1 metre. If there is no recording even at 1 metre, circle one of the four visual acuities (FCCF/HM/PL/NPL) as appropriate.
### 3. RIGHT EYE – PRESENTING

| Four Metres | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|-------------|---------------------|-------------------|
| First Row   | E m E w            | 6/60              |
| Second Row  | w m w E            | 6/48              |
| Third Row   | m E m E            | 6/38              |
| Fourth Row  | w E m E            | 6/30              |
| Fifth Row   | m m w w m          | 6/24              |
| Sixth Row   | E w m m w          | 6/19              |
| Seventh Row | w m E E            | 6/15              |
| Eighth Row  | E w E E            | 6/12              |
| Ninth Row   | E E w E m          | 6/9.5             |
| Tenth Row   | w m E m w          | 6/7.5             |
| Eleventh Row| E E m m w          | 6/6               |

**Total E’s read at 4 meters (actual number of letters + 30)**

| One Metre | # of letters read |
|-----------|-------------------|
| First Row | m E m E m E m    | 1/40              |
| Second Row| w E m m w        | 1/32              |
| Third Row | m E E E m        | 1/25              |
| Fourth Row| w E m E          | 1/20              |
| Fifth Row | E E m m E        | 1/16              |
| Sixth Row | E E m m E        | 1/12.5            |

**Total E’s read at 1 meter (actual number of letters)**

### Visual Acuities

| Finger Counting close to face | FCCF |
|--------------------------------|------|
| Hand Movements                 | HM   |
| Light Perception               | PL   |
| No Light Perception            | N PL |

**Note:** Enter the number of letters read in each row and enter the total in the appropriate box depending on whether read at 4 metres or 1 metre. If there is no recording even at 1 metre, circle one of the four visual acuities (FCCF/HM/PL/NPL) as appropriate.
## 4 LEFT EYE-PRESENTING

### Four Metres

| Row   | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|-------|---------------------|-------------------|
| First Row | 6/60                    |                   |
| Second Row | 6/48                   |                   |
| Third Row  | 6/38                    |                   |
| Fourth Row | 6/30                   |                   |
| Fifth Row  | 6/24                    |                   |
| Sixth Row  | 6/19                    |                   |
| Seventh Row | 6/15                   |                   |
| Eighth Row | 6/12                    |                   |
| Ninth Row  | 6/9.5                   |                   |
| Tenth Row  | 6/7.5                   |                   |
| Eleventh Row | 6/6                    |                   |

**Total E’s read at 4 meters (actual number of letters + 30)**

### One Metre

| Row   | # of letters read |
|-------|-------------------|
| First Row | 1/40                |
| Second Row | 1/32               |
| Third Row  | 1/25                |
| Fourth Row | 1/20               |
| Fifth Row  | 1/16                |
| Sixth Row  | 1/12.5              |

**Total E’s read at 1 meter (actual number of letters)**

| Visual Acuity               |
|------------------------------|
| Finger Counting close to face| FCCF |
| Hand Movements               | HM   |
| Light Perception             | PL   |
| No Light Perception          | N PL |

**Note:**
Enter the number of letters read in each row and enter the total in the appropriate box depending on whether read at 4 metres or 1 metre. If there is no recording even at 1 metre, circle one of the four visual acuities (FCCF/HM/PL/NPL) as appropriate.
## 5. RIGHT EYE – SUBJECTIVE ACCEPTANCE

### Four Metres

| Row       | E | m | M | E | S | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|-----------|---|---|---|---|---|---------------------|-------------------|
| First     |   |   |   |   |   | 6/60                |                   |
| Second    |   |   |   |   |   | 6/48                |                   |
| Third     |   |   |   |   |   | 6/38                |                   |
| Fourth    |   |   |   |   |   | 6/30                |                   |
| Fifth     |   |   |   |   |   | 6/24                |                   |
| Sixth     |   |   |   |   |   | 6/19                |                   |
| Seventh   |   |   |   |   |   | 6/15                |                   |
| Eighth    |   |   |   |   |   | 6/12                |                   |
| Ninth     |   |   |   |   |   | 6/9.5               |                   |
| Tenth     |   |   |   |   |   | 6/7.5               |                   |
| Eleventh  |   |   |   |   |   | 6/6                 |                   |

**Total E’s read at 4 meters (actual number of letters + 30)**

### One Metre

| Row       | m | M | M | E | S | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|-----------|---|---|---|---|---|---------------------|-------------------|
| First     |   |   |   |   |   | 1/40                |                   |
| Second    |   |   |   |   |   | 1/32                |                   |
| Third     |   |   |   |   |   | 1/25                |                   |
| Fourth    |   |   |   |   |   | 1/20                |                   |
| Fifth     |   |   |   |   |   | 1/16                |                   |
| Sixth     |   |   |   |   |   | 1/12.5              |                   |

**Total E’s read at 1 meter (actual number of letters)**

| Visual Acuity | FCCF | HM | PL | NPL |
|---------------|------|----|-----|-----|
| Finger Counting close to face | FCCF |    |     |     |
| Hand Movements | HM |    |     |     |
| Light Perception | PL |    |     |     |
| No Light Perception | N PL |    |     |     |

**Note:**
Enter the number of letters read in each row and enter the total in the appropriate box depending on whether read at 4 metres or 1 metre. If there is no recording even at 1 metre, circle one of the four visual acuities (FCCF/HM/PL/NPL) as appropriate.
# 6. LEFT EYE – SUBJECTIVE ACCEPTANCE

| Four Metres | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|-------------|---------------------|-------------------|
| First Row   | E m E m E m E m    | 6/60              |
| Second Row  | m E m E m E m      | 6/48              |
| Third Row   | m E m E m E m      | 6/38              |
| Fourth Row  | m E m E m E m      | 6/30              |
| Fifth Row   | m E m E m E m      | 6/24              |
| Sixth Row   | E m E m E m E m    | 6/19              |
| Seventh Row | m E m E m E m      | 6/15              |
| Eighth Row  | m E m E m E m      | 6/12              |
| Ninth Row   | m E m E m E E m    | 6/9.5             |
| Tenth Row   | m E m E m E m      | 6/7.5             |
| Eleventh Row| m E m E m E m      | 6/6               |

Total E’s read at 4 meters (actual number of letters + 30)

| One Metre | # of letters read |
|-----------|-------------------|
| First Row | m E m E m E m E m| 1/40              |
| Second Row| m E m E m E m    | 1/32              |
| Third Row | m E m E m E m    | 1/25              |
| Fourth Row| m E m E m E m    | 1/20              |
| Fifth Row | m E m E m E E m  | 1/16              |
| Sixth Row | m E m E m E m E m| 1/12.5            |

Total E’s read at 1 meter (actual number of letters)

| Finger Counting close to face | FCCF |
|-------------------------------|------|
| Hand Movements                | HM   |
| Light Perception              | PL   |
| No Light Perception           | N PL |

Note:
Enter the number of letters read in each row and enter the total in the appropriate box depending on whether read at 4 metres or 1 metre. If there is no recording even at 1 metre, circle one of the four visual acuities (FCCF/HM/PL/NPL) as appropriate.
7. NEAR VISION: Right Eye *Unaided*

|                   |                   | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| First Row         |                   | 6/120               |                   |
| Second Row        |                   | 6/95                |                   |
| Third Row         |                   | 6/75                |                   |
| Fourth Row        |                   | 6/60                |                   |
| Fifth Row         |                   | 6/48                |                   |
| Sixth Row         |                   | 6/38                |                   |
| Seventh Row       |                   | 6/30                |                   |
| Eighth Row        |                   | 6/24                |                   |
| Ninth Row         |                   | 6/19                |                   |
| Tenth Row         |                   | 6/15                |                   |
| Eleventh Row      |                   | 6/12                |                   |
| Twelfth Row       |                   | 6/9.5               |                   |
| Thirteenth Row    |                   | 6/7.5               |                   |

Total Es read

8. NEAR VISION: Left Eye *Unaided*

|                   |                   | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| First Row         |                   | 6/120               |                   |
| Second Row        |                   | 6/95                |                   |
| Third Row         |                   | 6/75                |                   |
| Fourth Row        |                   | 6/60                |                   |
| Fifth Row         |                   | 6/48                |                   |
| Sixth Row         |                   | 6/38                |                   |
| Seventh Row       |                   | 6/30                |                   |
| Eighth Row        |                   | 6/24                |                   |
| Ninth Row         |                   | 6/19                |                   |
| Tenth Row         |                   | 6/15                |                   |
| Eleventh Row      |                   | 6/12                |                   |
| Twelfth Row       |                   | 6/9.5               |                   |
| Thirteenth Row    |                   | 6/7.5               |                   |

Total Es read

**Note:** Enter the number of letters read in each row and enter the total in the appropriate box.
9. NEAR VISION: Right Eye *Presenting*

| Row          | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|--------------|---------------------|-------------------|
| First Row    |                     | 6/120             |
| Second Row   |                     | 6/95              |
| Third Row    |                     | 6/75              |
| Fourth Row   |                     | 6/60              |
| Fifth Row    |                     | 6/48              |
| Sixth Row    |                     | 6/38              |
| Seventh Row  |                     | 6/30              |
| Eighth Row   |                     | 6/24              |
| Ninth Row    |                     | 6/19              |
| Tenth Row    |                     | 6/15              |
| Eleventh Row |                     | 6/12              |
| Twelfth Row  |                     | 6/9.5             |
| Thirteenth Row |                 | 6/7.5            |

**Total Es read**

10. NEAR VISION: Left Eye *Presenting*

| Row          | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|--------------|---------------------|-------------------|
| First Row    |                     | 6/120             |
| Second Row   |                     | 6/95              |
| Third Row    |                     | 6/75              |
| Fourth Row   |                     | 6/60              |
| Fifth Row    |                     | 6/48              |
| Sixth Row    |                     | 6/38              |
| Seventh Row  |                     | 6/30              |
| Eighth Row   |                     | 6/24              |
| Ninth Row    |                     | 6/19              |
| Tenth Row    |                     | 6/15              |
| Eleventh Row |                     | 6/12              |
| Twelfth Row  |                     | 6/9.5             |
| Thirteenth Row |                 | 6/7.5            |

**Total Es read**

**Note:** Enter the number of letters read in each row and enter the total in the appropriate box.
11. NEAR VISION : Right Eye *Corrected*

|        |        | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|--------|--------|---------------------|-------------------|
| First Row | w m ? | 6/120               |                   |
| Second Row | m ? w | 6/95                |                   |
| Third Row | ? w m | 6/75                |                   |
| Fourth Row | ? w ? | 6/60                |                   |
| Fifth Row | ? m ? | 6/48                |                   |
| Sixth Row | w ? m | 6/38                |                   |
| Seventh Row | m ? ? | 6/30                |                   |
| Eighth Row | ? ? ? | 6/24                |                   |
| Ninth Row | ? ? m | 6/19                |                   |
| Tenth Row | ? ? ? | 6/15                |                   |
| Eleventh Row | m ? ? | 6/12                |                   |
| Twelfth Row | w ? m | 6/9.5               |                   |
| Thirteenth Row | ? ? ? | 6/7.5               |                   |

Total Es read

12. NEAR VISION : Left Eye *Corrected*

|        |        | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|--------|--------|---------------------|-------------------|
| First Row | w m ? | 6/120               |                   |
| Second Row | m ? w | 6/95                |                   |
| Third Row | ? w m | 6/75                |                   |
| Fourth Row | ? w ? | 6/60                |                   |
| Fifth Row | ? m ? | 6/48                |                   |
| Sixth Row | w ? m | 6/38                |                   |
| Seventh Row | m ? ? | 6/30                |                   |
| Eighth Row | ? ? ? | 6/24                |                   |
| Ninth Row | ? ? m | 6/19                |                   |
| Tenth Row | ? ? ? | 6/15                |                   |
| Eleventh Row | m ? ? | 6/12                |                   |
| Twelfth Row | w ? m | 6/9.5               |                   |
| Thirteenth Row | ? ? ? | 6/7.5               |                   |

Total Es read

**Note:** Enter the number of letters read in each row and enter the total in the appropriate box.
SECTION A: IDENTIFICATION DATA

| IDENTIFICATION DATA         | RESPONSE |
|-----------------------------|----------|
| Study Location              | Delhi=1, Guwahati=2, Chennai=3 |
| Name of village             | __________ |
| Cluster Code                | ___ ___ |
| House No.                   | ___ ___ |
| Person Number               | ___ ___ |
| Person Unique ID No.        | ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ |
| Respondent Name             | __________ |
| Respondent Age (in completed years) | ___ ___ |
| Gender                      | Male = 1 ; Female = 2 |
| Optometrist Code/Name       | ____________________________ |
| Ophthalmologist Code/Name   | ____________________________ |
| Place of Examination        | 1. Base hospital  
2. Central field site  
3. Home Examination |
| Date of Examination (dd-mm-yyyy) | ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ |
| Photograph taken            | Yes=1, No=2 |
SECTION B: ANTHROPOMETRY

**WEIGHT**

| State value in Kg up to one decimal point |
|------------------------------------------|

If weight measurement not possible, please state reason why (circle one):

1. Participant refuses
2. Participant is chair/bed bound
3. Participant is too unsteady on feet
4. Participant has a bent spine
5. Other

**STANDING HEIGHT**

| State value in cm up to one decimal point |
|------------------------------------------|

If standing height measurement not possible, please state reason why (circle one):

1. Participant refuses
2. Participant is chair/bed bound
3. Participant is too unsteady on feet
4. Participant has a bent spine
5. Other

**MID UPPER ARM CIRCUMFERENCE**

| State value (in cm) up to one decimal point |
|-------------------------------------------|

If circumference not taken, state the reason:

**C1: VISUAL ACUITY**

| Wearing Glass (Yes=1, No=2) | Right Eye | Left Eye |
|------------------------------|-----------|---------|
| Vision | Acuity | Total ‘E’s read | Acuity | Total ‘E’s read |
| Unaided | Distance | | | |
| | | Near | | |
| Presenting (With usual glasses) | Distance | | | |
| | | Near | | |

If vision not recorded, state the reason: RE ____________________________
LE ____________________________

**C2: SUBJECTIVE ACCEPTANCE**

| Subjective Acceptance (Done/ Not Done) |
|----------------------------------------|

If Not Done, Give reason: Corneal disease, Lenticular opacity, Patient Not Cooperative, Machine Error, Home Visit

| Acceptance | Sphere | Cylinder | Axis | Acuity | Total Es read |
|------------|--------|----------|------|--------|--------------|
| Right Eye  | Distance | | | | |
| | Near | Add | D sph | | |
| Left Eye   | Distance | | | | |
| | Near | Add | D sph | | |

If undetermined give reasons RE ________________ LE ________________
SECTION D: SLIT LAMP BIOMICROSCOPY EXAMINATION

Not Done, please explain: ______________________________________________________

|                      | OD (Right) | OS (Left) |
|----------------------|------------|-----------|
|                      | None 0     | Mild +1   | Moderate +2 | Severe +3 | None 0 | Mild +1 | Moderate +2 | Severe +3 |
| a. Palpebral VKC     |            |           |            |           |        |        |            |           |
| b. Limbal VKC        |            |           |            |           |        |        |            |           |
| c. Bitot's spots     |            |           |            |           |        |        |            |           |
| d. Corneal Staining  |            |           |            |           |        |        |            |           |
| e. Corneal opacity   |            |           |            |           |        |        |            |           |
| f. Shield Ulcer      |            |           |            |           |        |        |            |           |
| g. Other Pathology   |            |           |            |           |        |        |            |           |
| specify:             |            |           |            |           |        |        |            |           |
**PROTOCOL FOR VISUAL ACUITY TESTING**

1. **RIGHT EYE – UNAIDED**

| Four Metres |  |  |  |  |  |  | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---------------------|-----------------|
| First Row   | m | m | m | m | m | m | 6/60                |                 |
| Second Row  | m | m | m | m | m | m | 6/48                |                 |
| Third Row   | m | m | m | m | m | m | 6/38                |                 |
| Fourth Row  | m | m | m | m | m | m | 6/30                |                 |
| Fifth Row   | m | m | m | m | m | m | 6/24                |                 |
| Sixth Row   | m | m | m | m | m | m | 6/19                |                 |
| Seventh Row | m | m | m | m | m | m | 6/15                |                 |
| Eighth Row  | m | m | m | m | m | m | 6/12                |                 |
| Ninth Row   | m | m | m | m | m | m | 6/9.5               |                 |
| Tenth Row   | m | m | m | m | m | m | 6/7.5               |                 |
| Eleventh Row| m | m | m | m | m | m | 6/6                 |                 |

**Total E’s read at 4 meters (actual number of letters + 30)**

| One Metre |  |  |  |  |  |  |  |  | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|-----------------|
| First Row | m | m | m | m | m | m | m | m | 1/40                |                 |
| Second Row| m | m | m | m | m | m | m | m | 1/32                |                 |
| Third Row | m | m | m | m | m | m | m | m | 1/25                |                 |
| Fourth Row| m | m | m | m | m | m | m | m | 1/20                |                 |
| Fifth Row | m | m | m | m | m | m | m | m | 1/16                |                 |
| Sixth Row | m | m | m | m | m | m | m | m | 1/12.5              |                 |

**Total E’s read at 1 meter (actual number of letters)**

| Finger Counting close to face | FCCF |
| Hand Movements                | HM   |
| Light Perception              | PL   |
| No Light Perception           | NPL  |

**Note:**
Enter the number of letters read in each row and enter the total in the appropriate box depending on whether read at 4 metres or 1 metre. If there is no recording even at 1 metre, circle one of the four visual acuities (FCCF/HM/PL/NPL) as appropriate.
### Four Metres

|        |       |       |        |        |        | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|--------|-------|-------|--------|--------|--------|--------------------|-------------------|
| First Row | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 6/60 |                       |
| Second Row | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 6/48 |                       |
| Third Row | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 6/38 |                       |
| Fourth Row | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 6/30 |                       |
| Fifth Row | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 6/24 |                       |
| Sixth Row | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 6/19 |                       |
| Seventh Row | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 6/15 |                       |
| Eighth Row | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 6/12 |                       |
| Ninth Row | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 6/9.5 |                      |
| Tenth Row | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 6/7.5 |                      |
| Eleventh Row | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 6/6 |                       |

**Total E’s read at 4 meters (actual number of letters + 30)**

### One Metre

|        |       |       |        |        |        | 1/40 |       |
|--------|-------|-------|--------|--------|--------|------|-------|
| First Row | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 1/40 |       |
| Second Row | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 1/32 |       |
| Third Row | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 1/25 |       |
| Fourth Row | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 1/20 |       |
| Fifth Row | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 1/16 |       |
| Sixth Row | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 1/12.5 |      |

**Total E’s read at 1 meter (actual number of letters)**

|                    |        |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|--------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Finger Counting close to face | FCCF | Hand Movements | HM | Light Perception | PL | No Light Perception | N PL |

**Note:**
Enter the number of letters read in each row and enter the total in the appropriate box depending on whether read at 4 metres or 1 metre. If there is no recording even at 1 metre, circle one of the four visual acuities (FCCF/HM/PL/NPL) as appropriate.
### 3. RIGHT EYE – PRESENTING

| Four Metres | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|-------------|---------------------|-------------------|
| First Row   |                     | 6/60              |
| Second Row  |                     | 6/48              |
| Third Row   |                     | 6/38              |
| Fourth Row  |                     | 6/30              |
| Fifth Row   |                     | 6/24              |
| Sixth Row   |                     | 6/19              |
| Seventh Row |                     | 6/15              |
| Eighth Row  |                     | 6/12              |
| Ninth Row   |                     | 6/9.5             |
| Tenth Row   |                     | 6/7.5             |
| Eleventh Row|                     | 6/6               |

**Total E’s read at 4 meters (actual number of letters + 30)**

| One Metre | # of letters read |
|-----------|-------------------|
| First Row | 1/40              |
| Second Row| 1/32              |
| Third Row | 1/25              |
| Fourth Row| 1/20              |
| Fifth Row | 1/16              |
| Sixth Row | 1/12.5            |

**Total E’s read at 1 meter (actual number of letters)**

| Finger Counting close to face | FCCF |
|-------------------------------|------|
| Hand Movements                | HM   |
| Light Perception              | PL   |
| No Light Perception           | N PL |

**Note:**
Enter the number of letters read in each row and enter the total in the appropriate box depending on whether read at 4 metres or 1 metre. If there is no recording even at 1 metre, circle one of the four visual acuities (FCCF/HM/PL/NPL) as appropriate.
### 4. LEFT EYE-PRESENTING

#### Four Metres

|            | First Row | Second Row | Third Row | Fourth Row | Fifth Row | Sixth Row | Seventh Row | Eighth Row | Ninth Row | Tenth Row | Eleventh Row |
|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|-----------|--------------|------------|-----------|------------|--------------|
| Acuity     |           |            |           |            |           |           |              |            |           |            |              |
| (Circle one) | 6/60     | 6/48       | 6/38      | 6/30       | 6/24      | 6/19      | 6/15         | 6/12       | 6/9.5     | 6/7.5      | 6/6          |
| # of letters read |           |            |           |            |           |           |              |            |           |            |              |

**Total E’s read at 4 meters (actual number of letters + 30)**

#### One Metre

|            | First Row | Second Row | Third Row | Fourth Row | Fifth Row | Sixth Row | Seventh Row | Eighth Row | Ninth Row | Tenth Row | Eleventh Row |
|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|-----------|--------------|------------|-----------|------------|--------------|
| Acuity     |           |            |           |            |           |           |              |            |           |            |              |
| (Circle one) | 1/40     | 1/32       | 1/25      | 1/20       | 1/16      | 1/12.5    |              |            |           |            |              |
| # of letters read |           |            |           |            |           |           |              |            |           |            |              |

**Total E’s read at 1 meter (actual number of letters)**

| Finger Counting close to face | FCCF |
|-------------------------------|------|
| Hand Movements                | HM   |
| Light Perception              | PL   |
| No Light Perception           | N PL |

**Note:**
Enter the number of letters read in each row and enter the total in the appropriate box depending on whether read at 4 metres or 1 metre. If there is no recording even at 1 metre, circle one of the four visual acuities (FCCF/HM/PL/NPL) as appropriate.
5. RIGHT EYE – SUBJECTIVE ACCEPTANCE

### Four Metres

| Row       | First | Second | Third | Fourth | Fifth | Sixth | Seventh | Eighth | Ninth | Tenth | Eleventh |
|-----------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|---------|--------|-------|-------|---------|
|           | E     | w      | m     | E      | w     | m     | w       | m      | w    | w     | m       |
| Acuity (Circle one) | 6/60  | 6/48   | 6/38  | 6/30   | 6/24  | 6/19  | 6/15    | 6/12   | 6/9.5 | 6/7.5 | 6/6     |
| # of letters read |       |        |       |        |       |       |         |        |       |       |         |

**Total E’s read at 4 meters (actual number of letters + 30)**

### One Metre

| Row       | First | Second | Third | Fourth | Fifth | Sixth |
|-----------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|
|           | m     | w      | m     | w      | m     | w     |
| Acuity (Circle one) | 1/40  | 1/32   | 1/25  | 1/20   | 1/16  | 1/12.5|
| # of letters read |       |        |       |        |       |       |

**Total E’s read at 1 meter (actual number of letters)**

| Note: | Finger Counting close to face | FCCF |
|-------|--------------------------------|------|
|       | Hand Movements                 | HM   |
|       | Light Perception               | PL   |
|       | No Light Perception            | N PL |

Enter the number of letters read in each row and enter the total in the appropriate box depending on whether read at 4 metres or 1metre. If there is no recording even at 1 metre, circle one of the four visual acuities (FCCF/HM/PL/NPL) as appropriate.
### 6. LEFT EYE – SUBJECTIVE ACCEPTANCE

#### Four Metres

|         |   |   |   |   |   | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|---------|---|---|---|---|---|---------------------|------------------|
| First Row | .ElementAt1 | .ElementAt2 | .ElementAt3 | .ElementAt4 | .ElementAt5 | 6/60                |                  |
| Second Row | .ElementAt6 | .ElementAt7 | .ElementAt8 | .ElementAt9 | .ElementAt10 | 6/48                |                  |
| Third Row | .ElementAt11 | .ElementAt12 | .ElementAt13 | .ElementAt14 | .ElementAt15 | 6/38                |                  |
| Fourth Row | .ElementAt16 | .ElementAt17 | .ElementAt18 | .ElementAt19 | .ElementAt20 | 6/30                |                  |
| Fifth Row | .ElementAt21 | .ElementAt22 | .ElementAt23 | .ElementAt24 | .ElementAt25 | 6/24                |                  |
| Sixth Row | .ElementAt26 | .ElementAt27 | .ElementAt28 | <ElementAt> | .ElementAt30 | 6/19                |                  |
| Seventh Row | .ElementAt31 | .ElementAt32 | .ElementAt33 | .ElementAt34 | .ElementAt35 | 6/15                |                  |
| Eighth Row | .ElementAt36 | .ElementAt37 | .ElementAt38 | .ElementAt39 | <ElementAt> | 6/12                |                  |
| Ninth Row | .ElementAt40 | <ElementAt> | <ElementAt> | <ElementAt> | ElementException1 | 6/9.5              |                  |
| Tenth Row | .ElementAt42 | .ElementAt43 | <ElementAt> | <ElementAt> | ElementException2 | 6/7.5              |                  |
| Eleventh Row | ElementException3 | <ElementAt> | ElementException4 | EndElement | ElementException5 | 6/6                |                  |

**Total E’s read at 4 meters (actual number of letters + 30)**

#### One Metre

|         |   |   |   |   |   | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|---------|---|---|---|---|---|---------------------|------------------|
| First Row | EndElement | EndElement | EndElement | EndElement | EndElement | 1/40                |                  |
| Second Row | EndElement | EndElement | EndElement | EndElement | EndElement | 1/32                |                  |
| Third Row | EndElement | EndElement | EndElement | EndElement | EndElement | 1/25                |                  |
| Fourth Row | EndElement | EndElement | EndElement | EndElement | EndElement | 1/20                |                  |
| Fifth Row | EndElement | EndElement | EndElement | EndElement | EndElement | 1/16                |                  |
| Sixth Row | EndElement | EndElement | EndElement | EndElement | EndElement | 1/12.5              |                  |

**Total E’s read at 1 meter (actual number of letters)**

|                                              | Finger Counting close to face | FCCF |
|----------------------------------------------|-------------------------------|------|
|                                              | Hand Movements                | HM   |
|                                              | Light Perception              | PL   |
|                                              | No Light Perception           | N PL |

**Note:**
Enter the number of letters read in each row and enter the total in the appropriate box depending on whether read at 4 metres or 1 metre. If there is no recording even at 1 metre, circle one of the four visual acuities (FCCF/HM/PL/NPL) as appropriate.
7. NEAR VISION: Right Eye *Unaided*

|        |   |   | 6/120 |
|---|---|---|---|
| First Row | w | m | e |
| Second Row | m | e | e |
| Third Row | e | w | m |
| Fourth Row | e | m | e |
| Fifth Row | m | e | e |
| Sixth Row | e | m | e |
| Seventh Row | m | m | m |
| Eighth Row | m | m | m |
| Ninth Row | e | m | e |
| Tenth Row | e | m | e |
| Eleventh Row | m | m | m |
| Twelfth Row | m | m | m |
| Thirteenth Row | e | e | e |

Total Es read: 8

---

8. NEAR VISION: Left Eye *Unaided*

|        |   |   | 6/120 |
|---|---|---|---|
| First Row | w | m | e |
| Second Row | m | e | e |
| Third Row | e | w | m |
| Fourth Row | e | m | e |
| Fifth Row | m | e | e |
| Sixth Row | e | m | e |
| Seventh Row | m | m | m |
| Eighth Row | e | m | m |
| Ninth Row | e | m | m |
| Tenth Row | e | m | m |
| Eleventh Row | e | m | m |
| Twelfth Row | e | m | m |
| Thirteenth Row | e | m | m |

Total Es read: 6/7.5

**Note**: Enter the number of letters read in each row and enter the total in the appropriate box.
9. NEAR VISION: Right Eye *Presenting*

| Row     | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|---------|----------------------|-------------------|
| First   | 6/120                |                   |
| Second  | 6/95                 |                   |
| Third   | 6/75                 |                   |
| Fourth  | 6/60                 |                   |
| Fifth   | 6/48                 |                   |
| Sixth   | 6/38                 |                   |
| Seventh | 6/30                 |                   |
| Eighth  | 6/24                 |                   |
| Ninth   | 6/19                 |                   |
| Tenth   | 6/15                 |                   |
| Eleventh| 6/12                 |                   |
| Twelfth | 6/9.5                |                   |
| Thirteenth | 6/7.5                |                   |

Total Es read

10. NEAR VISION: Left Eye *Presenting*

| Row     | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|---------|----------------------|-------------------|
| First   | 6/120                |                   |
| Second  | 6/95                 |                   |
| Third   | 6/75                 |                   |
| Fourth  | 6/60                 |                   |
| Fifth   | 6/48                 |                   |
| Sixth   | 6/38                 |                   |
| Seventh | 6/30                 |                   |
| Eighth  | 6/24                 |                   |
| Ninth   | 6/19                 |                   |
| Tenth   | 6/15                 |                   |
| Eleventh| 6/12                 |                   |
| Twelfth | 6/9.5                |                   |
| Thirteenth | 6/7.5                |                   |

Total Es read

**Note:** Enter the number of letters read in each row and enter the total in the appropriate box.
11. NEAR VISION: Right Eye *Corrected*

| Row       | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|-----------|---------------------|-------------------|
| First Row | 6/120               |                   |
| Second Row| 6/95                |                   |
| Third Row | 6/75                |                   |
| Fourth Row| 6/60                |                   |
| Fifth Row | 6/48                |                   |
| Sixth Row | 6/38                |                   |
| Seventh Row| 6/30               |                   |
| Eighth Row| 6/24                |                   |
| Ninth Row | 6/19                |                   |
| Tenth Row | 6/15                |                   |
| Eleventh Row| 6/12              |                   |
| Twelfth Row| 6/9.5              |                   |
| Thirteenth Row| 6/7.5            |                   |

Total Es read

12. NEAR VISION: Left Eye *Corrected*

| Row       | Acuity (Circle one) | # of letters read |
|-----------|---------------------|-------------------|
| First Row | 6/120               |                   |
| Second Row| 6/95                |                   |
| Third Row | 6/75                |                   |
| Fourth Row| 6/60                |                   |
| Fifth Row | 6/48                |                   |
| Sixth Row | 6/38                |                   |
| Seventh Row| 6/30               |                   |
| Eighth Row| 6/24                |                   |
| Ninth Row | 6/19                |                   |
| Tenth Row | 6/15                |                   |
| Eleventh Row| 6/12              |                   |
| Twelfth Row| 6/9.5              |                   |
| Thirteenth Row| 6/7.5           |                   |

Note: Enter the number of letters read in each row and enter the total in the appropriate box.