

Nummer deelnemer: _____

Datum: _____

Instructies: Gelieve onderstaande vragen zorgvuldig te lezen en aan te kruisen wat op u van toepassing is. Indien u één of meerdere vragen met 'Ja' beantwoordt, komt u mogelijk niet in aanmerking voor deelname aan de proef.

Nr. Vraag	Ja Nee
1 Heeft u nachtblindheid (nyctalopie) of moeite met zien in het donker?	☐ ☐
2 Heeft u een oogafwijking die de aanpassing aan duisternis beïnvloedt (bijv. retinitis pigmentosa, ernstige cataract)?	☐ ☐
3 Bent u kleurenblind of heeft u moeite met het onderscheiden van kleuren, vooral bij weinig licht?	☐ ☐
4 Draagt u een bril of schermfilter met blauwlichtfilter tijdens de proef?	☐ ☐
5 Heeft u binnen 2 uur voor de proef alcohol of drugs gebruikt?	☐ ☐
6 Ervaart u ernstige slaapproblemen of heeft u significant slaaptekort?	☐ ☐
7 Heeft u een aandoening waarbij de pupilreflexen afwijkend zijn (bijv. na bepaalde oogoperaties)?	☐ ☐
8 Gebruikt u medicijnen die de pupilrespons kunnen beïnvloeden (bijv. bepaalde antidepressiva, antihistaminica)?	☐ ☐

Opmerkingen: _____

Handtekening deelnemer: _____

Numero du participant : _____

Date : _____

Instructions : Veuillez lire attentivement les questions ci-dessous et cocher la case correspondante. Si vous répondez « Oui » à l'une des questions, vous pourriez ne pas être éligible pour participer à l'étude.

N° Question

Oui Non

- | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Souffrez-vous de cécité nocturne (nyctalopie) ou avez-vous des difficultés à voir dans l'obscurité ? | ☐ | ☐ |
| 2 | Présentez-vous une affection oculaire connue affectant l'adaptation à l'obscurité (par exemple, rétinite pigmentaire, cataracte sévère) ? | ☐ | ☐ |
| 3 | Êtes-vous atteint de daltonisme ou avez-vous des difficultés à distinguer les couleurs, en particulier dans des conditions de faible luminosité ? | ☐ | ☐ |
| 4 | Portez-vous des lunettes ou utilisez-vous des filtres d'écran avec filtre de lumière bleue pendant l'étude ? | ☐ | ☐ |
| 5 | Avez-vous consommé de l'alcool ou des drogues dans les deux heures précédant l'étude ? | ☐ | ☐ |
| 6 | Souffrez-vous de troubles du sommeil sévères ou d'un manque significatif de sommeil ? | ☐ | ☐ |
| 7 | Avez-vous une condition médicale affectant les réflexes pupillaires (par exemple, suite à certaines chirurgies oculaires) ? | ☐ | ☐ |
| 8 | Prenez-vous des médicaments susceptibles d'influencer la réponse pupillaire (par exemple, certains antidépresseurs, antihistaminiques) ? | ☐ | ☐ |

Remarques: _____

Signature du participant : _____