

NOM : R [REDACTED]

PRENOM : DIANE

AGE : 20 ans

Commune : Paris 11^e

Profession Educatrice spécialisée

Date opératoire : 21 mai 2008

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

* AVANT L'OPERATION : DEGRE DE MYOPIE ? (*remplir par votre Ophtalmo*)

OD : -6,25 (-0,25) à 30°
OG : -6,50 (-1,25) à 169°

no 1
no 1,

* APRES L'OPERATION : RESULTAT VISUEL (*remplir par votre Ophtalmo*)

OD :
OG :

POUVEZ-VOUS VOUS DEPLACER SANS LUNETTES OU LENTILLES ? OUI NON

POUVEZ-VOUS CONDUIRE SANS LUNETTES OU LENTILLES ? OUI NON

POUVEZ-VOUS TRAVAILLER SUR ORDINATEUR SANS CORRECTION ? OUI NON

* L'OPERATION A-T-ELLE ETE DOULOUREUSE ?

OUI NON

OUI UN PEU OUI TRES DOULOUREUSE

* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ? 4h

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : ✓

RECUPERATION DE LA VISION : ✓

* REGRETTEZ VOUS CETTE OPERATION ?

OUI NON

* AUTRE COMMENTAIRE LIBRE (vos premières impressions avec cette nouvelle vision, votre expérience du lasik, qualité des soins, de l'accueil, du suivi)

Je ne regrette en aucun cas cette opération. C'est une révolution pour quelqu'un qui a une si forte myopie.
Aucune peur à avoir, un peu impressionnant certes mais ça en vaut la peine.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE (sans mentionner votre nom en clair)

OUI NON