

NOM :

PRENOM :

AGE :

Commune : Colombes

Profession :

Consultante Informatique

Date opératoire : 16/06/11

Adresse Mail :

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD :

OG :

* APRES L'OPERATION : RESULTAT VISUEL (à 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 ?

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : 1/2 journée

RECUPERATION DE LA VISION : 2/3 heures

* 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)

Que de stress avant cette opération pour rien !

Opération impressionnante mais totalement indolore. Il faut juste se décontracter au moment où l'on place l'écarte-paupières, un peu désagréable mais sans douleur. L'équipe est professionnelle, efficace et patiente. Une petite gêne après l'opération qui ne dure pas. A faire sans hésitation !

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON