

NOM : [REDACTED]

PRENOM : Gaëlle

AGE : 22

Commune : 78711 Fontaine-Ville

Profession : Assistante ingénieur de prévention

Date opératoire : 31/05/2010

Adresse Mail : [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : - 5,00 (-0,25) à 107

OG : - 5,50 (-0,50) à 96°

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

OD :

OG : 10/10 -

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 EN PEU OUI TRES DOULOUREUSE

* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : après-midi même de l'opération

RECUPERATION DE LA VISION : le soir même

* 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 suis très surprise des résultats, l'après-midi même de l'opération après une petite sieste, je n'^{ai} plus aucune douleur. L'opération n'est pas du tout douloureuse. Je suis très satisfaite des résultats et de l'accueil de l'équipe du Dr [REDACTED]. Pour tous ceux qui hésitent je vous le recommande, c'est une nouvelle vie qui commence. Merci pour ce travail de qualité.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON