

NOM : ██████████

PRENOM : GILLES

AGE : 35

Commune : ORLÉANS

Profession : MILITAIRE

Date opératoire : 25/10/2010

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD: -1 (-1,75 à 130°)

OG: -1 (-0,75 à 60°)

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

OD: 10/100

OG: 10/100

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 : quelques dizaines de minutes

RECUPERATION DE LA VISION : quasi total à l'induction

* 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)

TRÈS CONTENT DU RESULTAT, PRECIS IMMEDIAT, DE RETROUVER
UNE BONNE VUE, DU DEBUT A LA FIN, LE SUIVI A ETE
CONVENABLE

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON