NOM : [redacted] **PRENOM :** Isabelle **AGE :** 41

Commune : Epinay-sur-Seine **Profession :** Responsable d'équipe

Date opératoire : 3/2/11 **Adresse Mail:** [redacted]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -7,00 (-0,50) à 1.64

OG : -7,50 (-0,50) à 2.

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

OD : 10

OG : 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 UN PEU ☐ OUI TRES DOULOUREUSE

*** COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?**

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : 1/2 journée

RECUPERATION DE LA VISION : Moins d'1/2 journée

*** 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)**

L'intervention est saisissante mais rapide et on ne ressent aucune douleur. Ma vision avait déjà nettement progressé à l'issue de l'opération et s'est avérée presque parfaite déjà au bout de quelques heures.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

☒ OUI ☐ NON