

NOM : ██████████

PRENOM : Julie

AGE : 27 ans

Commune : La Celle St Cloud

Profession : Chargée d'études

Date opératoire : 09/06/2010

Adresse Mail : ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -5,00 (-1,75) à 8°
OG : -4,50 (-2,00) à 172°

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

OD : 10/10
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 UN PEU OUI TRES DOULOUREUSE

* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : quelques heures
RECUPERATION DE LA VISION : tout de suite après l'opération

* 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)

Récupération très rapide de la vision, aucune gêne à la suite de l'opération (j'ai dormi quelques heures et c'était parfait).
Merci au docteur et à son équipe.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON