NOM : [redacted] **PRENOM :** Laurence **AGE :** 49

Commune : Colombes **Profession :** Comptable

Date opératoire : 10/12/09 **Adresse Mail:** [redacted]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -3,50 (-1,75) à 0°

OG : -2,00 (-2,25) à 170°

*** 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 : Soirée

RECUPERATION DE LA VISION : à la sortie

*** 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)

Tout s'est très bien passé. Bonne prise en charge pendant l'opération. J'aurais dû le faire avant !

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

☒ OUI ☐ NON