

NOM : [REDACTED]

PRENOM : UDWINE

AGE : 30

Commune :

Profession :

Date opératoire : 15/03/2010.

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -6,75 (-0,25) à 135°

OG : -6,75

\* 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 : vers 16h - 17h (4 à 5h)

RECUPERATION DE LA VISION : le lendemain matin

\* 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)

- Accueil très agréable  
- Explications et informations très claires  
- bon suivi  
- vue très correcte

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI  NON