

NOM : [REDACTED]

PRENOM : Magali

AGE : 33

Commune : St Nave

Profession : Assistante

Date opératoire : 21/07/09

Adresse Mail: [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -4,75 0/10

OG : -4,75 0/10

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

OD : 10/20

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

Q \* 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 : LE LENDEMAIN SOIR

RECUPERATION DE LA VISION : LE SOIR MÊME

\* 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)

OPERATION MAGIQUE !

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI  NON