

NOM : ██████████ PRENOM : *Vascale* AGE : 38  
Commune : *Bois Colombes* Profession : *Assistante*  
Date opératoire : *20/07/09* Adresse Mail : ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : *-4,00 (-1,00) à 3° 10/10*  
OG : *-3,50 (-0,25) à 10° 10/10*

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

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 : *1 jour sans pose de collyre corticoïde*  
RECUPERATION DE LA VISION : *1 jour à cause allergie à la carbone*

\* 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)

*BRavo A TOUTE L'EQUIPE QUI SAIT SE MONTRER REASSURANTE -  
RECUPERATION TOTALE DE LA VUE 10/10 AUX 2 YEUX  
EN 1 JOUR ET SANS CORTICOIDES ! CA FAISAIT DES  
ANNEES QUE JE PENSAIS NE FAIRE OPERERER MAIS J'AVAIS  
PEUR - FRANCHEMENT N'HESITEZ PAS COMME MOI ET FONCEZ !  
ENCORE BRAVO AU DOCTEUR ██████████ ET A SON EQUIPE*

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI  NON