

NOM : ██████████ PRENOM : *Paul* AGE : *69*
Commune : *la queue les yvelines* Profession : *retraite*
Date opératoire : *07/12/2010* Adresse Mail : ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : *+3*
OG : *+3,25 (-0,25 à 95°)*

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

OD : *bonne*
OG : *bonne*

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 ? *8 heures*

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE :

RECUPERATION DE LA VISION : *immédiat*

* 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)

*Je ne regrette rien de cette opération
Personnelle agréable. merci Beaucoup*

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON