

NOM :

PRENOM : ROMAIN

AGE : 28

Commune : ASMIERES SI SEINE

Profession : GESTIONNAIRE CBM

Date opératoire : 16/11/2011

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : - 5,75 (-0,25) à 20°  
OG : - 4,75 (-0,50) à 150°

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

OD : 10  
OG : 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 : 7H

RECUPERATION DE LA VISION : 24H

\* 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)

TRÈS PEU  
OPERATION ~~TRÈS~~ DOULOUREUSE AVANT ET APRES L'OPERATION.  
RECUPERATION D'UNE VISION CORRECTE TRÈS RAPIDEMENT.  
A CONSEILLER POUR PERSONNE POUVANT PRATIQUER L'INTERVENTION

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TMOIGNAGE

OUI  NON