

NOM : [REDACTED]

PRENOM : Sabrina

AGE : 24 ans

Commune : Sauterive

Profession :

Date opératoire : 19/05/09

Adresse Mail :

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -4,00 (-2,50) 8/10
OG : -4,00 9/10

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

OD : 7/10
OG : 9/10 | 10/10 unilat

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 EN PEU OUI PRES DOULOUREUSE

* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?
RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : 1 JOUR
RECUPERATION DE LA VISION : 12h

* 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)

L'opération c'est très bien passée. J'avoue avoir eu un peu mal lors de l'opération (mais ~~je~~ je n'ai "douilleté")
C'est une opération que je recommande fortement.
merci à l'équipe qui m'a opéré.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE. OUI NON